

Los riesgos psicosociales en el trabajo en una clínica de salud mental

Reflexiones a partir de una investigación
sobre el sufrimiento en el trabajo
emocional y de cuidado

María Laura Henry y Julio César Neffa (coord.)
Ezequiel Alustiza, Cecilia Bostal,
Julieta Cassini, Patricia Galeano,
Sofía Malleville y Paula Ruiz



SANIDAD
— ATSA La Plata —

materiales

LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO EN UNA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

Reflexiones a partir de una investigación
sobre el sufrimiento en el trabajo
emocional y de cuidado

María Laura Henry y Julio César Neffa (coord.)

Ezequiel Alustiza

Patricia Galeano

Cecilia Bostal

Sofía Malleville

Julieta Cassini

Paula Ruiz



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA



Henry, María Laura

Los riesgos psicosociales en el trabajo en una clínica de salud mental : reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado / María Laura Henry ; Julio César Neffa ; contribuciones de Ezequiel Alustiza ... [et al.] ; coordinación general de María Laura Henry ; Julio César Neffa. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEIL-CONICET ; La Plata : Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Ciencias Económicas ; Moreno : Universidad Nacional de Moreno ; La Plata : Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, 2019.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-46124-8-9

I. Atención a la Salud Mental . 2. Higiene y Seguridad del Trabajo. 3. Sociología del Trabajo. I. Alustiza, Ezequiel, colab. II. Neffa, Julio César, coord. III. Título.

CDD 362.85

Director: Guillermo Neiman

Corrección de estilo: Gabriela Neffa



Colección Materiales

Materiales es una colección de CEIL/libros destinada a difundir en un formato abreviado los aspectos metodológicos de los resultados de proyectos de investigación y actividades académicas en las que participa el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL-CONICET). Los volúmenes que forman parte de esta Colección son evaluados por especialistas en las temáticas específicas abordadas en cada uno de los textos.



Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTS) CIN-CONICET n° 422 “Los riesgos psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención”. Universidades participantes del Proyecto: UNAJ, UNLP, UNR, UNC, UNDAV, UNMdP y UNNE

© CEIL, 2019

Centro de Estudios e Investigaciones Laborales del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Saavedra 15 4° piso

C1083ACA Buenos Aires, Argentina

www.ceil-conicet.gov.ar



Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTOS	7
PRESENTACIÓN / Julio César Neffa	7
PRI MERA PARTE	17
1. DESCRIPCIÓN DEL SECTOR Y PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN BAJO ESTUDIO / Ezequiel Alustiza, Julieta Cassini, Patricia Galeano y Paula Ruiz	19
1.1. Consideraciones generales sobre el sistema de salud en Argentina	20
1.2. Los establecimientos especializados en salud mental: el caso de las organizaciones con internación	23
1.3. Aspectos legales del sector	27
1.4. La Clínica de Salud Mental Privada: nuestro caso bajo estudio	35
1.5. La Clínica de Salud Mental privada como espacio psicosocial	38
Referencias bibliográficas	45
2. LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN / María Laura Henry	47
2.1. El marco general de la investigación	47
2.2. Un abordaje cuantitativo: la encuesta de RPST	49
2.3. El desarrollo del trabajo de campo	51
2.4. La fase de análisis de los datos	54
2.5. Algunas precisiones para leer el informe	55
Referencias bibliográficas	56
SEGUNDA PARTE	59
3. TIEMPO DE TRABAJO, ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, RIESGOS DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO, PERCEPCIÓN DE LA SALUD / Julio César Neffa	60
3.1. Días y horarios de trabajo	60
3.2. Condiciones de trabajo	95
3.3. Estado de salud	178
3.4. Relaciones sociales y de trabajo	196
3.5. Relaciones con el público, pacientes y familiares.	197

4. TRABAJO DE CUIDADO Y EXIGENCIAS EMOCIONALES EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON PADECI MIENTO MENTAL / Patricia Galeano y Paula Ruiz	199
Introducción	199
4.1. El trabajo en Salud Mental	200
4.2. El trabajo de cuidado	201
4.3. El trabajo emocional	207
4.4. Análisis de las exigencias emocionales	211
4.5. Dimensiones de análisis de las exigencias emocionales	212
Conclusiones	232
Referencias bibliográficas:	235
5. LA AUTONOMÍA Y EL MARGEN DE MANIOBRA DE LAS TRABAJADORAS EN LA CLÍNICA BAJO ESTUDIO / Ezequiel Alustiza	238
5.1. La autonomía de la tarea y del procedimiento	240
5.2. La previsibilidad del trabajo y la posibilidad de anticipar	253
5.3. El desarrollo cultural y la utilización de los conocimientos y competencias	256
5.4. La monotonía y el aburrimiento:	259
5.5. Participación y representación	261
Conclusiones	266
Referencias bibliográficas	267
6. LOS VÍNCULOS SOCIALES EN EL TRABAJO DE CUIDADO EN SALUD MENTAL / Sofía Malleville y María Cecilia Bostal	269
Introducción	269
6.1. Relaciones con superiores jerárquicos	271
6.2. Relación con compañeras o colegas	287
6.3. Relación con la organización empleadora	298
6.4. Situaciones de violencia en el lugar de trabajo	308
Reflexiones finales	316
Referencias bibliográficas	318
7. CONFLICTOS ÉTICOS Y DE VALORES EN EL TRABAJO / Julieta Cassini y Paula Ruiz	321
7.1. Poseer tiempo y medios para hacer un trabajo de calidad	321
7.2. Trabajar en contraposición a creencias y principios técnicos, éticos y morales	328
7.3. Percepciones acerca del valor y el sentido del trabajo	336

7.4. Ser testigo o víctima de situaciones de violencia laboral, hostigamiento y discriminación	340
Conclusiones	347
Referencias bibliográficas	349
8. INSEGURIDAD EN EL EMPLEO Y EN LA SITUACIÓN DE TRABAJO / María Laura Henry	352
Introducción	352
8.1. Inseguridad socioeconómica	357
8.2. Cambios no controlados de la tarea y de las condiciones de trabajo	365
8.3. Balance y síntesis de los hallazgos	376
Referencias bibliográficas	378
CONCLUSIONES / Ezequiel Alustiza, Cecilia Bostal, Julieta Cassini, Patricia Galeano, María Laura Henry, Sofía Malleville, Julio C. Neffa y Paula Ruiz	380

Agradeci mi entos

Los investigadores del PDTS 422 “Los riesgos psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención” CIN- 2015-2017, quieren agradecer públicamente a Juan Carlos Caligiuri, y a los compañeros de ATSA La Plata, Pedro Borgini Secretario General, Ricardo Padrón, Secretario Adjunto, y Alfredo Villacorta, Secretario Gremial; muy especialmente al Consejo Directivo de ATSA La Plata y a los miles de trabajadores afiliados al Sindicato, por el constante apoyo para el desarrollo de las investigaciones sobre Riesgos Psicosociales en el Trabajo y por hacer posible la edición digital de esta publicación.

Los autores agradecen también al Rector de la Universidad de Moreno (UNM), Mgter. Hugo Andrade y a la Secretaria de Investigaciones y Relaciones Internacionales, Mgter. Adriana Sánchez, por el constante y valioso apoyo que brindan a las investigaciones sobre los riesgos psicosociales en el trabajo.

Se trata de una temática que en los últimos años ha adquirido un desarrollo continuo en la UNM por medio de diferentes proyectos de investigación y estudios empíricos sobre condiciones laborales y riesgos psicosociales. Uno de ellos en el sector público del gobierno local de Moreno¹, lo cual ha permitido vincular esta casa de estudios con necesidades específicas de su entorno inmediato. Los resultados de dicha investigación dieron lugar a un informe digital editado por la universidad².

¹ Proyecto de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico PICYDT EyA 03 2013 “Los riesgos psicosociales en el trabajo: nuevas dimensiones de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT), sus impactos sobre la salud de los trabajadores, el funcionamiento de las empresas y organizaciones. Los costos para los sistemas de salud y seguridad social”. Director: Julio César Neffa.

² Neffa, J.C. (dir) (2008). Un estudio sobre las condiciones y medio ambiente de rabajo (CyMAT) y los factores de riesgo psicosociales en el trabajo (RPST) en el caso del municipio de Moreno de la provincia de Buenos Aires. Informe de Investigación, Moreno: UNM Editora.

También esta temática viene siendo indagada en la UNM por medio de un proyecto de investigación centrado en el sector de la Economía Social³, específicamente en cooperativas de trabajo, a los fines de captar las especificidades que adquieren los riesgos psicosociales en esos entornos.

Estos antecedentes en la UNM se articulan así con la presente publicación en dos sentidos: primero, porque hay un equipo (investigadores, docentes) que se desempeñan transversalmente en estos proyectos de RPST y, segundo, porque las investigaciones mencionadas de la UNM y la que se presenta en este libro tienen como objetivo general aportar datos empíricos que permitan comprender con la mayor amplitud cómo operan los RPST en diferentes sectores y actividades. Se trata así de un esfuerzo más general que, realizado por medio de diferentes proyectos y universidades, pretende aportar datos sobre un fenómeno que en nuestro país aún no ha sido relevado de manera amplia pero que constituye una problemática existente y remite a una demanda social vigente.

La Plata, agosto 2019

³ Proyecto de Investigación PI-DEyA 02-2018 “Los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) en cooperativas de las localidades de Moreno y La Plata. Director: Julio César Neffa

Presentación

Julio César Neffa

Este libro contiene los resultados de una investigación sobre los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) realizada en una clínica de salud mental radicada en la provincia de Buenos Aires.

Fue llevada a cabo por un equipo pluridisciplinario constituido en la UNLP, que forma parte del Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTs) 422 “*Los riesgos psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención*”. Este proyecto, bajo la dirección de la Dra. Liliana Ferrari y la co-dirección del Dr. Julio C. Neffa, se encuentra acreditado y financiado por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y está conformado por equipos situados en diferentes universidades nacionales¹.

El presente estudio constituye una continuación y una profundización de la investigación que hicieramos en una clínica de medicina privada en 2016 (Neffa y Henry, 2018). En este segundo estudio, la atención ha estado puesta en el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado. Se trata de dos de los riesgos psicosociales que se desprenden del marco teórico que hemos construido, siguiendo la trayectoria emprendida por Michel Gollac y el Collège d’Expertise (Gollac, 2011) en Francia.

Dicho marco teórico ha sido desarrollado en Neffa (2015) y abordado en el volumen I de esta colección, ofreciendo una versión más concisa y actualizada sobre los conceptos y modelos teóricos que permiten comprender y explicar estos fenómenos.

¹ En el proyecto participan las siguientes universidades: Univ. Nac. Arturo Jauretche; Univ. Nac. de la Plata; Univ. Nac. de Córdoba; Univ. Nac. de Rosario; Univ. Nac. de Avellaneda; Univ. Nac. de Mar del Plata y Univ. Nac. del Nordeste.

El objetivo de esta investigación es el de identificar y analizar la magnitud de los riesgos psicosociales en el trabajo de quienes se desempeñan en una clínica de salud mental, donde la inmensa mayoría del personal son mujeres.

Los riesgos psicosociales tienen amplias repercusiones a nivel general. Nuestro equipo de investigación partió de la constatación y la evidencia de que muchos aspectos ligados a la organización del proceso de trabajo que provocan accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, también impactan sobre la salud psíquica y mental de los trabajadores así como sobre el funcionamiento de empresas y organizaciones. Los factores de riesgo psicosociales en el trabajo no solo deterioran la salud sino que tienen repercusiones sobre el ausentismo, la calidad de vida en el trabajo, dando lugar a litigios prolongados y costosos para ambas partes. A nivel macroeconómico, la falta de prevención genera elevados costos en los sistemas de salud y seguridad social, con impactos fiscales y eso explica el interés por estos temas en los países capitalistas industrializados.

El impacto de los riesgos psicosociales en el trabajo puede afectar de diferente manera a las trabajadoras, según sus características individuales, pero esto es aún más difícil y costoso de medir. Va a depender del tiempo de exposición a los mismos, si es algo ocasional o si se repite con cierta frecuencia, si la trabajadora puede disponer de recursos para procesarlos y hacerles frente, y si cuenta dentro del colectivo de trabajo con el apoyo social y técnico de sus compañeros o de una organización sindical.

De manera individual, el trabajador sufre cuando debe soportar elevadas demandas emocionales, ejecuta un trabajo intenso determinado por los medios de trabajo, no cuenta con medidas de prevención, debe trabajar en horarios diurnos prolongados, de noche y en turnos rotativos. Lo mismo sucede cuando no dispone de un margen de autonomía y de maniobra para organizar su trabajo, puede verse obligado a hacer cosas con las cuales no está de acuerdo o está en franco desacuerdo, o bien considerar que la recompensa (monetaria) y el reconocimiento (moral o simbólico) recibidos están por debajo de las demandas psicológicas, de la intensidad y las exigencias soportadas. Puede gozar de relaciones amigables dentro de su lugar de trabajo o, lo que es más frecuente, estar sometido a situaciones de hostigamiento, de acoso sexual, de tensión o de

violencia física o verbal y no contar con el apoyo social de los compañeros ni con el apoyo técnico de los superiores para ayudarlo a superar momentos difíciles.

A veces en el trabajo su comportamiento no es auténtico, pues debe controlar las emociones y mentir para fingir estar con buena salud y siempre de buen humor, cuando debe estar en contacto cara a cara con personas que sufren, están angustiadas, son coléricas, y lo amenazan, insultan o usan la violencia. Otro factor de riesgo es la amenaza del desempleo, de las suspensiones, el bloqueo de la carrera profesional o por necesidad verse obligado a aceptar un empleo por tiempo determinado, eventual, no registrado o precario que genera incertidumbre e insatisfacción.

Pero el conjunto de los trabajadores no siempre se someten pasivamente a esos riesgos. Deben hacer siempre un esfuerzo y ser creativos para compensar los errores y deficiencias en el trabajo tal como fue prescripto, y hacer frente a los riesgos y amenazas en función de sus capacidades de adaptación y resistencia. Ellos construyen estrategias individuales y colectivas propias de cada oficio para olvidar, no considerar, subestimar o incluso tratar de negar la existencia de dichos riesgos.

Estos determinantes estructurales son el objeto concreto de nuestras investigaciones que buscan medir con diversas metodologías la vivencia y percepción de los trabajadores, identificar los diferentes riesgos, indagar sobre sus causas, proponer la adopción de medidas de prevención al nivel de las empresas u organizaciones, y elaborar políticas para transformar la realidad, cuya adopción y ejecución competen conjuntamente al Estado, los trabajadores, los empleadores y sus respectivas organizaciones.

El desafío mayor de estas investigaciones radica en que estos riesgos han sido naturalizados, invisibilizados, reducidos a la esfera individual, buscando su explicación en la debilidad psicológica de los sujetos que los padecen. Sin embargo, el aporte que pretende hacer nuestro equipo de investigación consiste en haber identificado lo que nos parece ser la variable determinante: *el contenido y la organización del proceso de trabajo*. De esta manera queremos compensar la escasez de investigaciones teóricas y empíricas sobre el tema, combatir los prejuicios culturales que predominan entre numerosos médicos del trabajo, psicólogos del trabajo, administradores de empresas y especialistas en

higiene y seguridad que piensan que los trabajadores fingen estar enfermos cuando los consultan, como excusa para no ir a trabajar. Pero además, porque los trabajadores –debido a la desinformación y falta de conciencia, o por necesidades económicas- subestiman los riesgos, a cambio de una prima monetaria que se acepta, o se busca, para completar ingresos.

La primera parte se inicia con el capítulo de Ezequiel Alustiza, Julieta Cassini, Patricia Galeano y Paula Ruiz, quienes describen las especificidades del sistema de salud mental y la nueva legislación vigente que entrará a regir plenamente en 2020, sin que todas las condiciones previstas se hayan concretado en nuestros días. Asimismo, presentan las características de la organización que fue investigada donde, entre otras cuestiones, predomina una mayoría de trabajadoras mujeres, como suele suceder en el sector salud.

En el segundo capítulo de esta primera parte, María Laura Henry describe la metodología de investigación implementada, que está conformada básicamente por entrevistas a informantes calificados y por la aplicación de encuestas a la casi totalidad de las trabajadoras.

La segunda parte presenta y analiza la información recogida en la encuesta, estructurándola según los seis factores de riesgo que se explicitan en el marco teórico (Neffa, 2019). En el capítulo inicial Julio C. Neffa se refiere a la duración, e intensidad de la carga de trabajo, las condiciones de trabajo riesgosas, las vivencias y percepciones de su impacto sobre la salud, todo lo cual aporta datos sorprendentes en cuanto a la duración e intensidad del tiempo de trabajo y los riesgos del medio ambiente que las trabajadoras deben soportar. La división social y técnica del trabajo es la norma predominante pues hay una asignación de tareas específicas a cada trabajadora que es concebida y decidida de manera rígida por parte de las autoridades de la clínica.

Luego, Patricia Galeano y Paula Ruiz analizan los datos sobre uno de los aspectos más característicos de la profesión: las exigencias emocionales y el trabajo de cuidado que desempeña la mayoría de las entrevistadas, porque su trabajo implica una movilización afectiva con la finalidad de controlar, dominar y/o esconder emociones para generar estos mismos efectos en las personas a quienes atienden en su trabajo. Esto requiere la construcción de estrategias individuales y colectivas de defensa para hacer frente cotidianamente a las exigencias físicas, cognitivas y emocionales de

un trabajo particular: el mismo se desarrolla cuidando a personas estigmatizadas, con padecimientos mentales o que pueden tener comportamientos violentos. Este cuadro de situación se vuelve más complejo teniendo en cuenta que los trabajos de cuidado están por lo general devaluados, quedan a cargo de mujeres, son mal remunerados, no tienen un adecuado reconocimiento y sus riesgos están invisibilizados. A menudo son considerados “trabajos sucios” que son desvalorizados en cuanto a las exigencias y tiempo invertidos, pero necesarios para el cuidado de otros.

La autonomía en el trabajo está condicionada por el grado de división social y técnica del trabajo que prevalece y es entendida como “la posibilidad para el trabajador de ser actor en su trabajo, en su participación en la producción de riqueza y en la conducción de su vida profesional”. Este eje de RPST es analizado en sus cinco dimensiones por Ezequiel Alustiza: la autonomía de la tarea y del procedimiento que brindan un margen de maniobra, la previsibilidad del trabajo y la posibilidad de anticipar, el nivel de formación profesional y la utilización de sus conocimientos y competencias en favor del trabajo. Este margen de maniobra está frenado por la sensación de monotonía y el aburrimiento cuando se hacen tareas rutinarias y repetitivas. También se analiza en este apartado la posibilidad de participar en la adopción de decisiones, que se refieren al contenido y la organización de su trabajo, que son fuente de sufrimiento y de placer en diferentes proporciones. Esta situación pone de manifiesto la contradicción entre el trabajo prescripto y la actividad que realmente ejecutan las trabajadoras, que superan ampliamente lo que está descrito en el convenio colectivo para esos puestos.

En el capítulo siguiente, Sofía Malleville y María Cecilia Bostal analizan las relaciones sociales y las relaciones de trabajo que predominan en la clínica, donde los interlocutores son los demás compañeros de trabajo y la jerarquía, los pacientes o usuarios de la clínica demandantes de cuidados continuos y de calidad, así como las relaciones con los exigentes familiares o amigos de aquellas personas que están internados. El trato con otros y las tareas de cuidado constituyen la esencia misma del trabajo en las clínicas de este tipo. Los actos de violencia física y verbal que deben soportar generan un sufrimiento que, una vez más, no siempre es visibilizado.

Los conflictos éticos y de valores a los cuales se ven enfrentadas las trabajadoras y que generan problemas de conciencia que impactan sobre la autoestima, son descritos por Julieta Cassini y Paula Ruiz. Existen diversas situaciones negativas que las trabajadoras de la clínica perciben y vivencian en sus procesos de trabajo y que afectan sus creencias, valores, normas y convicciones y pueden generar sufrimiento, malestar que predisponen para contraer una enfermedad. No siempre estas trabajadoras disponen de todo el tiempo necesario para hacer un trabajo de calidad, lo cual puede dar lugar a conflictos con quienes están internados o con sus familiares. La mitad de las trabajadoras declaró que en su trabajo deben hacer cosas con las cuales no están de acuerdo, lo cual provoca un sufrimiento ético que debe ser reprimido y deteriora la autoestima. Y son frecuentes los casos donde las trabajadoras fueron víctimas de actos de violencia física o verbal, incluso por parte de las personas que están a su cuidado, pero que vivencian como “accidentes de trabajo”. Sin embargo, las trabajadoras manifiestan su orgullo por el trabajo que hacen, reconociendo su utilidad social. Esta contradicción es un estimulante para llevar a cabo investigaciones cualitativas para conocer con mayor profundidad estas dimensiones.

El sexto eje o factor de riesgo psicosocial es el que se refiere a la estabilidad e inseguridad en el empleo y a los cambios no controlados de las tareas y de las condiciones de trabajo, analizados por María Laura Henry. La mayoría de las encuestadas declaró tener un "empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente" y en ese momento declararon no tener temor a perder su empleo el año siguiente, pero que “no” le sería fácil encontrar un trabajo con un salario o sueldo similar si renunciaran o fueran despedidas de su empleo actual. Si la encuesta se hiciera actualmente (mediados de 2019) la sensación de inseguridad en el empleo sería tal vez mayor. Otro aspecto que develó la encuesta fue que el 81% se sentían capaces de continuar trabajando en su puesto hasta el momento de su jubilación. Pero, por la estructura de personal relativamente “chata”, tenían escasas posibilidades de hacer carrera dentro de la organización, lo cual podría generar pérdidas de motivación y una sensación de “estancamiento”. Y casi una cuarta parte de ellas vivió grandes modificaciones en su entorno de trabajo, las cuales fueron sobrellevadas satisfactoriamente, a la vez que no sentían inquietud por las tareas que deberían hacer el mes siguiente, dado que por su

naturaleza las tareas son rutinarias y existen protocolos médicos que deben ser respetados.

Cabe señalar que los problemas relevados se complementan con los descriptos en una Clínica de Salud Privada investigada anteriormente en Neffa y Henry (2018), pero en el caso que analizamos en este libro son más relevantes las dimensiones que tienen que ver con la intensidad del trabajo, las tensiones experimentadas, la responsabilidad en el trabajo de cuidado que deben ejecutar quienes están a cargo de personas con perturbaciones de su salud psíquica y mental, lo cual implica un permanente control de sus emociones. Estas percepciones y vivencias son fuentes de sufrimiento, y sumadas a la forma en que está organizado el proceso de trabajo, predisponen a las trabajadoras a ser víctimas de un incremento de la fatiga, al agotamiento emocional, a las depresiones e incluso a sufrir la violencia física y verbal por parte de los internados y de sus familiares.

Finalmente, se presentan una serie de conclusiones generales acerca de los factores de riesgo psicosocial encontrados en la organización bajo estudio. Estos hallazgos pueden servir de base para la adopción de una política de prevención que, para ser eficaz, debería involucrar no solo a los empleadores y a la ART, sino también a representantes de las trabajadoras, participando en un futuro comité mixto de salud, seguridad y condiciones de trabajo.

Referencias bibliográficas

- Gollac, M. (2011) (coord.) *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.
- Neffa, J. C. (2015) *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires: CEIL CONICET; Corrientes: UNNE, Fac. de Cs, Económicas; La Plata: UNLP, Facultad de Ciencias Económicas; Moreno: Universidad Nacional de Moreno; CABA: UMET- CITRA.
- Neffa, J. C. (2019), *¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo? Reflexiones a partir de una investigación sobre el sufrimiento en el trabajo emocional y de cuidado*, Buenos Aires: CEIL libros/Proyectos.

Neffa, J. C. y Henry, M. L. (2018) (coord.) *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud.* La Plata: Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Investigaciones Administrativas.

PRI MERA PARTE

1. Descripción del sector y presentación de la organización bajo estudio

Ezequiel Alustiza; Julieta Cassini; Patricia Galeano; Paula A. Ruiz

El objetivo de este capítulo es realizar una descripción del sector Salud Mental como también proceder a caracterizar a la clínica de salud mental privada en la cual se realizó esta investigación. Esta iniciativa se sustenta en el hecho que los factores de riesgo psicosociales en el trabajo se hacen visibles y adquieren matices en relación a los procesos de trabajos llevados adelante por sujetos activos dentro de las organizaciones y sectores de actividad (Neffa, 2016). De esta manera, consideramos que estos señalamientos nos permitirán contextualizar los principales interrogantes de nuestro trabajo y, por ende, proceder a concretar un análisis enriquecido de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo en torno al caso bajo estudio.

Por ello, en primer lugar describiremos a grandes rasgos el sistema de salud vigente en nuestro país, dado que contiene al sector Salud Mental. En segundo lugar, caracterizaremos al sector Salud Mental por medio de la presentación de los establecimientos en los cuales se concreta la oferta de internación. También, mencionaremos los atravesamientos legales que hacen al sector, lo interpelan y lo determinan. Finalmente, avanzaremos en la articulación entre el sector Salud Mental y el caso bajo estudio. Para ello, trazaremos las singularidades de la clínica de salud mental privada en la cual se realizó la investigación.

Hacemos la salvedad que en este capítulo se introducirán aspectos que pueden facilitar al lector ciertas referencias en relación al sector salud mental y a la clínica de salud mental privada bajo estudio. No obstante, remarcamos que se trata solamente de aspectos normativos que atraviesan al sector y a los procesos de trabajo dentro de la organización. En los capítulos que conciernen al desarrollo de los ejes que analizarán

los factores de riesgos psicosociales, se profundizarán en las concordancias o discrepancias con esto. Advertimos, siguiendo las afirmaciones de la psicodinámica del trabajo, que siempre las situaciones de trabajo implican discrepancias entre lo prescripto y lo real. En la resolución de estos aspectos se pone en juego la salud y la enfermedad de los/as trabajadores/as (Dejours, 1998).

1. 1. Consideraciones generales sobre el sistema de salud en Argentina

El sistema de salud, en tanto sector de actividad en nuestro país, está conformado por diversos niveles jurisdiccionales (municipal, provincial y nacional), niveles asistenciales y subsectores prestacionales. Se trata de una configuración compleja y multifragmentada. En términos prestacionales, está compuesto por los subsectores público, de la seguridad social y privado. Cada uno de ellos difiere en el modo de financiamiento, de afiliación y prestación.

En nuestro país, el subsector público está integrado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social¹, la Secretaría de Salud y la red de hospitales y centros de salud nacionales, provinciales y municipales. Estos establecimientos brindan atención sanitaria gratuita a cualquier persona que la requiera. Por lo general, acceden al mismo la población sin seguridad social y sin posibilidad de pago. Su financiamiento se realiza, principalmente, a través de los recursos del Estado y pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados/as (Bello & Becerril-Montekio, 2011). El subsector público no sólo presta servicios sanitarios, sino que tiene como función específica e indelegable la regulación del sistema de salud y la formulación y articulación de políticas públicas.

El subsector de la seguridad social obligatoria se organiza alrededor de las obras sociales nacionales, provinciales y el Instituto Nacional de Servicios

¹ A través del Decreto 801/2018 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social absorbe una porción de la seguridad social a cargo del Ministerio de Trabajo y al Ministerio de Salud que desciende a la jerarquía de Secretaría de Salud a nivel Nacional.

Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), al cual tienen acceso aquellas personas con empleo y sus familiares. Las obras sociales ofrecen los servicios de salud, en gran parte, a través de contratos con prestadores privados. El aporte a las obras sociales lo realizan quienes emplean, quienes trabajan y pensionados/as, por medio de contribuciones obligatorias.

Por último, el subsector privado abarca la población con ingresos medios y altos. Está integrado por profesionales de la salud y establecimientos que prestan servicios a pacientes que pagan de modo particular o que están asociados a obras sociales o empresas privadas de medicina prepaga, que se financian por el aporte de los/as usuarios/as.

Además, el sistema de salud argentino presenta otra división por niveles de atención. Bajo una decisión técnica y administrativa, se propone la concreción de tres niveles de complejidad creciente que difieren en los recursos humanos y financieros asignados y en su localización y acceso (González García y Tobar, 1997, 2004; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005; Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

El primer nivel de atención está destinado a la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención primaria y secundaria. Dentro de este nivel se ubican tradicionalmente los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios, los centros de integración comunitaria o barrial. Desde estos establecimientos se busca poder constituir un contacto directo con la comunidad donde se insertan. Esto se produce por medio de la atención de demandas espontáneas como también la puesta en marcha del trabajo territorial donde se espera alcanzar las demandas ocultas que se presentan en la comunidad, especialmente asociada a condiciones de vulnerabilidad psico-social (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

El segundo nivel de atención es aquel que recibe las consultas formuladas y derivadas del primer nivel de atención. En Argentina, este es el que registra mayor demanda por parte de la población, ya que muchas veces no se consulta anteriormente al primer nivel de atención. Entre sus tareas se destacan la atención ambulatoria de especialidades, el trabajo sobre diagnósticos que requieran estudios complementarios y el seguimiento de casos de relativa complejidad que pueden requerir internaciones, procedimientos específicos (como partos y cirugías simples), derivaciones al tercer nivel e interconsultas. Entre sus establecimientos se reconocen

los hospitales generales, algunos hospitales regionales y maternidades (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

El tercer nivel de atención es quien recibe las demandas de los niveles anteriores. Admite casos de alta complejidad y para ello requiere de infraestructura, tecnología y aparatología adecuada. Los establecimientos de este nivel suelen denominarse hospitales de alta complejidad. Algunos de ellos conforman parte de redes que posibilitan de manera más eficiente las derivaciones y acceso al nivel (Ministerio de Salud de la Nación, 2012). Esta configuración se repite a lo largo y ancho del país con características singulares en cada provincia. El sistema de salud en la Argentina es de carácter descentralizado, sobre todo a partir de la década del 90, donde se implementaron y profundizaron diferentes reformas. Por ende, la atención y las políticas sanitarias son responsabilidad de cada provincia.

La provincia de Buenos Aires, se divide en XII regiones sanitarias. El sistema de salud mental y adicciones en la provincia de Buenos Aires, está a cargo de la *Subsecretaría de determinantes sociales de la salud y la enfermedad física, mental y de las adicciones*, que regula, junto con sus direcciones, la política pública en materia de salud mental en la provincia de Buenos Aires. Dicha regulación comprende tanto el ámbito público como privado.

Según el *Informe de Medición y Monitoreo* del 2017, el sistema de salud de esta provincia se caracteriza por la fragmentación y desarticulación: cada subsector y nivel determina sus reglas de funcionamiento, su población específica, la fuente de financiamiento y el servicio que brindan. Dentro del universo de instituciones privadas que prestan servicios de salud en el territorio provincial, existen dos federaciones que se señalan por su jerarquía en las negociaciones económicas y políticas del sector. Se trata de la Asociación de Hospitales Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad (ACLIBA) y la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA).

La Asociación de Hospitales, Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad (ACLIBA) reúne a 19 instituciones de gran relevancia social y económica para las localidades de La Plata, Ensenada y San Vicente. Entre ellas el Hospital Italiano, el Hospital Español, IPENSA y la Nueva Clínica del Niño. La Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y

otros Establecimientos de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA) se organiza en 10 distritos que abarcan toda la provincia de Buenos Aires y nuclea en total a 384 instituciones de salud.

Luego de esta descripción general sobre el sector salud en nuestro país y en la provincia de Buenos Aires, presentaremos a continuación el campo de los establecimientos especializados en salud mental. Los mismos tienen como principal objetivo la atención sanitaria de personas con padecimientos mentales. Realizaremos una descripción que profundice en los mismos ya que nuestro caso bajo estudio se materializa en este tipo de establecimiento.

1.2. Los establecimientos especializados en salud mental: el caso de las organizaciones con internación

Para caracterizar el subsector de las instituciones en salud mental que ofrecen internación para personas con padecimiento mental, consultamos el registro federal de establecimientos de salud (REFES)², generado por el Ministerio de Desarrollo Social y Salud mediante la Secretaría de Gobierno de Salud, la Secretaría de Regulación y Gestión Sanitaria y la Dirección Nacional de Calidad de Servicios de Salud y Regulación Sanitaria. A continuación expondremos en la tabla 1 la cantidad de instituciones discriminada por provincias.

² Recuperado de: <http://www.datos.salud.gob.ar/dataset/listado-establecimientos-de-salud-asentados-en-el-registro-federal-refes/archivo/265d939a-2461-482c-8445-bbaa60f97367>

Tabla 1.1. Cantidad de instituciones discriminada por provincias

Provincia	Cantidad de establecimientos especializados en salud mental con internación.	
	Privadas	Públicas
Buenos Aires	206	10
CABA	33	5
Catamarca	1	1
Chaco	4	1
Chubut	9	Sin datos
Córdoba	9	3
Corrientes	2	2
Entre Ríos	8	4
Formosa	Sin datos	1
Jujuy	1	1
La Pampa	1	Sin datos
La Rioja	5	Sin datos
Mendoza	17	2
Misiones	3	1
Neuquén	3	Sin datos
Salta	6	4
San Juan	7	1
San Luis	Sin datos	1
Santa Cruz	Sin datos	1
Santa Fe	32	4
Santiago del Estero	2	1
Tierra del Fuego	1	Sin datos
Tucumán	9	3
Total	359	46

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del REFES

En Argentina, al momento de redactar este documento, se contabilizan 359 instituciones privadas identificadas como “establecimientos de salud con internación especializada en salud mental”. Por definición, estas organizaciones se caracterizan por prestar asistencia sanitaria en régimen de internación, destinada a resolver la demanda específicamente neuropsiquiátrica y/o de adicciones. En el marco de un paradigma tutelar

en materia de salud mental, anterior al actual de derechos humanos, este tipo de instituciones se concretaban en la figura del “hospital monovalente de psiquiatría”.

Consideramos importante mencionar que a su vez, los establecimientos de salud mental privados pueden pensarse en relación a una entidad que los suele nuclear: la Cámara Argentina de Clínicas y Establecimientos Psiquiátricos (CACEP). Este es un organismo que representa a prestadores privados en el terreno de salud mental. Entre sus actividades incluye suscribir los convenios colectivos de trabajo y las negociaciones con las obras sociales que involucren a sus integrantes.

En la provincia de Buenos Aires hay 206 registrados establecimientos de salud mental privados. En la ciudad de La Plata, capital de la provincia, existen 17 establecimientos con las mismas características.

Por todo lo expuesto, nos parece relevante visibilizar el peso que adquiere haber realizado una investigación en un establecimiento de salud mental dentro de esta área geográfica. Más de la mitad (57%) de este tipo de establecimientos se localizan en la provincia de Buenos Aires. Nuestro caso es representativo de esta realidad. De esta manera, puede dar lugar a futuras aproximaciones en otros dispositivos de este tipo que compartan suelo bonaerense y por ende, de manera normativa, también características estructurales y legales.

En cuanto a las capacidades de internación que tienen las instituciones anteriormente mencionadas, en Argentina en el año 2005 existían 25.000 plazas (“camas”) destinadas a usuarios/as con padecimientos mentales. Un tercio, aproximadamente 8000 plazas, pertenecían a clínicas privadas de salud mental (*Mental Disability Rights International* y CELS, 2008). No nos es posible desagregar este indicador para la provincia de Buenos Aires por falta de información actualizada y de acceso público, que dé cuenta de indicadores en materia de salud mental y trabajo.

La información más actualizada con la que contamos respecto de la atención en salud mental y la cantidad de personas internadas, es la elaborada por el Programa de Salud Mental de la Comisión Provincial por la Memoria (CPM). Este es un organismo de derechos humanos que interviene en los lugares de alojamiento de personas con padecimiento mental para el efectivo cumplimiento de las leyes. Con el propósito de explicar las condiciones en las que se brinda la atención sanitaria en estos

establecimientos, recalcamos que las internaciones por padecimientos mentales cuando son involuntarias, restringen la autonomía de las personas. Por esta razón, se las considera bajo la figura de “personas privadas de la libertad por razones de salud mental”

Según el Informe anual 2018 de la Comisión provincial por la Memoria (CPM), durante el año 2016 en la provincia de Buenos Aires la cantidad de personas privadas de la libertad por razones de salud mental a disposición de organismos judiciales ascendía a 12.336³. El censo oficial realizado en el año 2016 por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, registró que 2.443 de esas personas se encontraban alojadas en hospitales públicos monovalentes de salud mental (manicomios). Destacamos que en las clínicas privadas de salud mental, el tipo abordado en esta investigación, se alojaba cerca del 80% de la población de la provincia de Buenos Aires que sufría una internación involuntaria por un padecimiento mental.

Sería relevante cuantificar las prácticas asistenciales, el número de plazas y el impacto económico de las instituciones de salud mental privada en la región de La Plata. Desafortunadamente, no hallamos publicaciones actuales al respecto e informantes claves⁴ nos indicaron que no hay datos actuales, sistematizados ni precisos.

Es notable la dificultad para acceder a información oficial actualizada respecto de los establecimientos de salud mental. Esto lo observamos al no haber encontrado nóminas actualizadas y precisas de estos establecimientos ni indicadores estatales exhaustivos sobre las condiciones en las que los establecimientos funcionan.

Asimismo, resulta clave pensar en las disposiciones legales que atraviesan al sector para comenzar a observar los desfases entre lo que se propone y lo que se ejecuta. Para citar un ejemplo, según la reglamentación actual,

³ Es obligatorio frente a una internación involuntaria que el equipo de salud informe al juez competente dentro de las 10 horas de producida la internación involuntaria. El juez se encarga de controlar la legalidad de la internación. Véase art. 21 de la LNSM y su decreto reglamentario.

⁴ Se consultó al Lic. Héctor Calvo, Director de la Especialización en gestión de organizaciones de salud de la Universidad Nacional de La Plata, y al Sr. Ricardo Padrón, Secretario Adjunto de ATSA La Plata.

los establecimientos monovalentes⁵ públicos y privados deben desarrollar proyectos de adecuación y sustitución para el año 2020. Esto se debe a que está prohibido en todo el territorio argentino la apertura de nuevos establecimientos monovalentes y los que están deben ser adecuados a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657⁶.

A continuación presentaremos los principales hitos en términos legales que determinan los aspectos legales del sector: La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657y el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 con actualizaciones-

1.3. Aspectos Legales del sector

1.3.1 La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Provincial N° 14.580

El subsector se encuentra atravesado por aspectos jurídicos-normativos que determinan concepciones sobre el campo y delimitan prácticas concretas. La ley N°26.657 es el principal documento de referencia a nivel nacional sobre salud mental. Fue sancionada y promulgada hacia el año 2010 y tres años después se produjo su reglamentación mediante el decreto N° 613/13.Su ámbito de aplicación atañe a los servicios y efectores públicos y privados de salud mental dentro del territorio nacional. Por ende, esta ley es la que rige en la clínica bajo estudio, la cual debe adecuarse a sus pautas. La principal autoridad de aplicación de la ley era el Ministerio de Salud de la Nación, actualmente devenido Secretaría a nivel nacional. A su vez, la ley promueve la creación de un Órgano de Revisión que se encarga de supervisar y cumplimentar lo previsto por ella (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

El espíritu del documento se sustenta en un paradigma de derechos humanos, dejando atrás una perspectiva tutelar para el campo. El paradigma de derechos humanos ratifica la consideración de los/as destinatarios/as de la norma como sujetos plenos de derechos y no meros

⁵ Hospital monovalente hace referencia a aquellos que atienden una sola especialidad, psiquiatría por ejemplo.

⁶ Art. 27 de la LNSM y decreto reglamentario 603/13.

objetos de atención sanitaria. El documento propone la participación democrática y activa de los sujetos sobre sus procesos de padecimiento mental (Barukel, 2013). En coherencia con esto, entre los objetivos principales del texto se encuentra la garantía y protección de la salud mental de todas las personas. Esto se desprende de ponderar que todas/os podemos ser potenciales usuarias/os del sistema de salud en general y del subsector de salud mental en particular. Asimismo, la ley busca asegurar el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.

Este cambio de nominación no es ingenuo, sino que se sustenta en una concepción de salud y enfermedad integral. Al reconocer que una persona puede atravesar un padecimiento mental, no se subsume el núcleo de su identidad a una “enfermedad mental”. Por el contrario, se contemplan coyunturas particulares, transitorias y/o contingentes dentro de un proceso de salud y enfermedad que es histórico, económico y social. Estas pueden requerir en cierto momento de distintos tipos de tratamientos. En este movimiento, la ley parte de la presunción de capacidades de los sujetos y advierte sobre el riesgo de diagnósticos psicopatologizantes que tiendan hacia prácticas estigmatizantes, discriminatorias, excluyentes y segregativas (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

Seguendo a Stolkiner (2012), tanto los/as usuarios/as como su contexto significativo (familiares, allegados/as, amigos/as) actualmente se pueden pensar como nuevos actores-actrices dentro del campo de la salud mental. Estos/as resultan indispensables para democratizar las relaciones de poder que eran inherentes al saber disciplinario (especialmente médico) hegemónico. Sus intereses en el sector resultan principalmente del contacto directo con situaciones de padecimiento mental que vivencian y/o acompañan.

Desde la ley, se propone una concepción de salud y enfermedad integral e integrada pensada como un proceso donde múltiples componentes contribuyen al mismo. Entre ellos se mencionan los aspectos históricos, culturales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que hacen a la salud y a la enfermedad. En esta mirada amplia, se incorporan a los consumos problemáticos como una temática propia del ámbito de la salud mental (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

En coherencia con ello, también se fomentan prácticas en el campo de la salud mental que tiendan a recuperar la subjetividad que circula entre los/as usuarios/as y equipos profesionales. Estas prácticas denominadas “subjetivantes” se centran en la dignidad como categoría, dejando de lado procesos de medicalización y mercantilización. Apuntan a tener presente las historias y recorridos de los sujetos, sus voces y palabras (Stolkiner, 2012). Un aspecto central para que esto suceda se puede pensar en la limitación de la prescripción de psicofármacos. Si estos son dispensados de manera arbitraria, sin fines terapéuticos, contribuyen a la reproducción de prácticas “objetivantes” al acallar al sujeto con padecimiento mental. Por ello, la ley circunscribe la prescripción de medicamentos a medidas que respondan a fines terapéuticos. De esta manera, busca eludir la prescripción de medicación basada en el castigo de las personas con padecimiento mental, la prevalencia de intereses particulares de terceros/as o instituciones y la falta de recursos humanos que puedan contribuir al acompañamiento o cuidados de las personas con padecimiento mental (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

La ley formula para las personas con padecimientos mentales la garantía de derechos básicos reconocidos por la Nación, como puede ser el acceso gratuito, igualitario y equitativo al sistema de salud. También afirma el derecho a la atención sanitaria y social de calidad, basada en principios científicos y éticos. Igualmente promueve el respeto a la intimidad, identidad y contemplación de creencias religiosas o culturales que los/as usuarios/as profesen (Ley n° 26.657, 2010).

En cuanto al tratamiento, se determina que los/as usuarios/as deben recibir tratamientos personalizados, que sean convenientes para ellos/as, respetando su filiación familiar, laboral, social y comunitaria. Los sujetos deben estar informados y comprender fehacientemente el tratamiento que se les plantea como también las alternativas existentes para su atención. Incluso de ser posible se espera que ellos mismos puedan participar de la toma de decisiones sobre su curso (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

Se contemplan múltiples dispositivos de tratamientos en salud mental que apuntan a abordajes ambulatorios por fuera del hospital, basados en principios de atención primaria de la salud. La ley prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes ya sea dentro del sector público o privado. No obstante,

sostiene que deben cuidarse los puestos de trabajo que existen actualmente hasta que se produzca una adaptación a los dispositivos alternativos (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

La internación resulta el último recurso disponible por su carácter restrictivo. Se debe llevar adelante en hospitales generales. Se resalta en la normativa que la internación debe realizarse cuando aporte mayores beneficios que otras medidas terapéuticas. Aun cuando el sujeto se encuentre internado, de ser conveniente, se deben seguir garantizando la participación en este tratamiento de su familia, allegados, entorno social y comunitario. Se pueden conjugar dos tipos de internaciones: voluntarias e involuntarias. Ambas internaciones se realizan bajo la aprobación de un equipo interdisciplinario y cuentan con plazos de tiempos específicos para llevarse adelante. Las internaciones deben ser lo más breves posibles, deben ser registradas y evolucionadas en historias clínicas. En la internación voluntaria, la persona internada presta su consentimiento para esto y puede decidir en cualquier momento el cese de su internación. La internación involuntaria se produce cuando se reconoce un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros/as (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013).

Todos estos aspectos delimitan normas y concepciones sobre el subsector de salud mental. De la misma manera, también aportan a la constitución de sujetos y contextos con los cuales se trabaja. La ley permite a los/as trabajadores/as contar con directivas prescriptas que hacen a sus procesos de trabajo. No obstante, a lo largo de nuestro análisis sobre la investigación que realizamos, veremos cómo las realidades se alejan de marcos discursivos-normativos que implican alcanzar altos estándares de calidad y servicios para el sector de salud mental.

En lo que respecta al equipo de trabajo, la ley remarca la importancia de la interdisciplina y la intersectorialidad. La interdisciplina hace referencia a un posicionamiento y no a un collage posmoderno de teorías y metodologías de trabajo (Stolkiner, 2017). Se reconoce como parte de un equipo a profesionales, técnicos/as y otros/as trabajadores/as con capacitación y credenciales reconocidas. Es decir, se tiene presente el rol de múltiples agentes de salud mental asociados a áreas como la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras. Se postula como imprescindible la capacitación permanente del equipo y la protección de su salud integral. También se formulan

recomendaciones para las universidades del territorio nacional con el objeto de favorecer el conocimiento de la ley y la formación de profesionales de áreas afines al campo de la salud mental bajo sus principios. Se señala la igualdad de condiciones para los/as profesionales con título de grado de ocupar cargos para la conducción y gestión de servicios de salud mental (Ley n° 26.657, 2010; Decreto n° 613/13, 2013). En la ley, incluso, se democratiza una disputa histórica entre psicólogos/as y psiquiatras, al concederles a los primeros la posibilidad de indicar internaciones, cuestión que anteriormente era incumbencia exclusiva de la medicina (Barukel, 2013).

Hasta aquí, hemos afirmado lo que la Ley Nacional determina para el subsector de salud mental en el territorio Argentino. La provincia de Buenos Aires adhiere completamente a la misma por la Ley n° 14.580 (2013). En ese documento, además la provincia manifiesta los siguientes aspectos: en primer lugar, autoriza al Ministerio de Salud de su jurisdicción a ser la autoridad de aplicación de la ley. En segundo lugar, afirma la creación de un plan nacional por la denominada Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones de ese entonces. En tercer lugar, determina que la Secretaría de Derechos Humanos de la jurisdicción será la encargada de la habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental. En cuarto lugar, anuncia la realización de un informe anual por parte del poder ejecutivo que dé cuenta de la situación de los servicios de salud mental. Finalmente manifiesta la obligación de adhesión de las obras sociales provinciales a la ley.

Es preciso hacer una salvedad: a partir de los cruces entre la jurisdicción nacional y las provinciales, se suelen generar discrepancias sobre las maneras de ejecutar acciones, dispositivos y recursos destinados a la salud mental. De esta manera, se contribuye a incrementar las brechas de equidad, accesibilidad y permanencia dentro de este subsistema de salud al interior del territorio nacional. Este es un aspecto que se visibiliza en el “Plan Nacional de Salud Mental” y que constituye un punto nodal a superar (Ministerio de Salud de la Nación y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013).

En la legislación sobre la temática también se puede deducir el reconocimiento de la circulación de prácticas de atención y de cuidado dentro del subsector de salud mental. Es decir, no solo se contemplan acciones de atención profesional, metódicas y científicamente sustentadas

por parte del personal calificado, sino que también se reconoce la existencia de prácticas de cuidado por parte de trabajadores/as. Estas prácticas están vinculadas con el desarrollo de actos “humanizantes” donde se conjuga lo afectivo y emocional más allá de lo técnico (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). A raíz de lo mencionado, se puede observar que la ley de manera implícita contempla la existencia de prácticas de cuidado, pero a su vez también las invisibiliza ya que el personal, a pesar de estar contemplado en ellas, no es remunerado por estas actividades.

Es importante resaltar para nuestro análisis que, si bien discursivamente la ley dispone los puntos anteriormente explicitados, hay artículos que no han sido reglamentados. Estos son, por ejemplo, aquellos que señalan la concepción propuesta sobre salud mental, el lugar de los diagnósticos, ciertos derechos de personas con padecimientos mentales, el aumento progresivo de partidas presupuestarias para el subsector, el desarrollo de planes gubernamentales de prevención en salud mental e inserción socio-laboral, algunas funciones del órgano de revisión, aspectos de convenios de cooperación entre provincias o disposiciones en relación a la declaración de inhabilitación o incapacidad (Decreto n° 613/13, 2013).

Es decir, la ley expresa una ampliación de derechos y determinadas pautas que inciden en los procesos de trabajo de trabajadores/as del sector. No obstante, en lo concreto de las prácticas se podrían pensar que el nuevo paradigma de derechos humanos propuesto convive con el paradigma tutelar anterior. Esto podría favorecer prácticas fragmentadas dentro del sector centradas en todo caso en lógicas institucionales. El alcance legal es limitado en sus líneas de acción, vigilancia sobre el campo y presupuesto destinado. A esto, se le puede sumar la lucha de intereses y poder de distintos actores: usuarios/as, contexto significativo de usuarios/as, estudiantes, profesionales, organizaciones no gubernamentales, instituciones y empresas que abordan casos de salud mental, industria farmacéutica y Estado (Stolkiner, 2012; Barukel, 2013).

En este campo en disputa, se han visto múltiples atropellos que han llevado a cuestionar los alcances de la ley y su efectiva aplicación. Se pueden circunscribir, por ejemplo, disputas que se reproducen desde antaño en torno al saber y poder médico-psiquiátrico en contraposición con otros modelos de corte social-comunitario. De esta forma, más allá de lo que se observa en la superficie, se pesquisa la existencia de intereses

corporativos de base positivista y pro-medicalización. Se han registrado objeciones por parte de la psiquiatría frente a la posibilidad de que psicólogos/as ocupen puestos de jefatura en servicios de salud mental de hospitales públicos. Esto se ha concretado en acciones tales como la impugnación de concursos ganados por psicólogos/as. Los argumentos que se daban para este desenlace aducían a la jerarquía del saber y las incumbencias psiquiátricas, cuestión que la ley desestima (Blanco Negro, 2017). Si bien la ley llama a conformar un colectivo de trabajadores/as de la salud en sentido amplio, se siguen reproduciendo luchas por el poder-saber-verdad (Barukel, 2013).

Todos estos movimientos señalados anteriormente favorecen al advenimiento de prácticas expulsivas que pueden afectar a los/as usuarios/as. A la vez, los mismos pueden presionar hacia el corrimiento del subsector de salud mental público en pos del avance de las obras sociales y organismos privados. Es fundamental el rol estatal en tanto actor principal que tiene el deber de velar por la garantía de los derechos humanos. Los aspectos normativos conviven con los reales. Mientras se postula esto, existe un contraste al localizar el avance y la existencia de registros de abusos y violaciones a los principios propuestos por la ley para el campo de la salud mental que van desde incumplimientos más burocráticos y menores, a acciones severas y que atentan contra los derechos humanos de los/as usuarios/as del subsector de salud mental y se configuran como prácticas de tortura (Comisión Provincial por la Memoria, 2018).

Uno de los principales desafíos en torno al subsector de salud mental es no ceder ante los derechos legalmente adquiridos desde un paradigma de derechos humanos. Los aspectos que dan cuenta de las falencias reales registradas en salud mental en el país no pueden ser utilizadas como elementos suficientes para intentar ir en contra del corpus legal. La posibilidad de implementar fehacientemente la ley va de la mano de políticas públicas a mediano y largo plazo que excedan la mera voluntad política de turno. De esta manera, se requiere de inversiones que apuesten a la garantía de recursos económicos reales para el subsector de salud mental. A la par, es necesario implementar la adecuación y regulación de las condiciones y medioambientes de trabajo requeridos para las tareas específicas de este subsector de salud.

1.3.2 El Convenio Colectivo de Trabajo n° 122/75 y actualizaciones

Otro aspecto que hace al marco legal en lo que respecta al personal de salud del subsector privado es el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 y sus actualizaciones. Así, las clínicas de salud mental privadas están reguladas por el mismo. Los Convenios Colectivos de Trabajo son contratos que suscriben trabajadores/as, en general a través de sus gremios, con los empleadores. El Convenio Colectivo de Trabajo n°122/75 reglamenta las funciones correspondientes a las categorías laborales de quienes trabajan en establecimientos de salud privada (excluyendo a los médicos). Es decir especifica el trabajo prescripto, las remuneraciones vigentes y define el marco normativo para las condiciones de contratación de los asalariados del sector.

La estructura del Convenio Colectivo de Trabajo es del año 1975, periódicamente se actualizan los montos de las retribuciones salariales y otras particulares, pero sus directrices generales permanecen invariables. En lo propio de salud mental, se trata de un texto creado desde el paradigma asistencial alienista, donde se restringe la autonomía de los sujetos clasificados como “enfermos mentales” y enmarcada en un modelo de atención médico-hegemónica que centra su accionar en la disminución y/o contención de la sintomatología propia de la enfermedad. Es decir que el encuadre de la actividad de quienes trabajan bajo este convenio está desactualizado, fuera de norma y de paradigma. Esto no puede más que afectar a los/as trabajadores/as quienes, en la práctica más inmediata y prescripta, se encuentran con una regulación obsoleta y en franca contradicción con las leyes provinciales y nacionales. Todo esto, por supuesto repercute en los/as usuarios/as. A modo de ejemplo en el inciso 12 del art. 7 de dicho convenio, se prescribe como función del personal que atiende a enfermos mentales y nerviosos, “reducirlos si se descomponen”. Dentro del paradigma actual, es inviable hablar de reducir personas, un lenguaje propio de las fuerzas de seguridad. En todo caso se habla de contención frente a situaciones de crisis y estas contenciones están fuertemente protocolizadas.

Por otra parte, en el convenio no se reconoce una perspectiva de género, ello en función de cómo son enunciadas las categorías profesionales y sus roles. Aquellas categorías que históricamente fueron asociadas a las mujeres se redactan en femenino y las históricamente asignadas a varones

en masculino. Por ejemplo: “*obstétricas: es la profesional con título habilitante dedicada a su misión específica*” ó “*instrumentadora: es la que tiene por función la tarea de instrumentación para intervenciones quirúrgicas, con título habilitante*” (Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina, 1975).

Sin perjuicio de lo mencionado, el texto cobra relevancia no solo por ser el contrato que celebran empleadores/as y trabajadores/as sino porque allí se especifica la jornada y horario laboral, indica las responsabilidades y remuneraciones de cada categoría, las remuneraciones sobre el básico, las licencias correspondientes, etc. Surge a primera vista la necesidad de contar con un convenio actualizado que contemple los cambios tecnológicos y las actualizaciones disciplinares.

Lo hasta aquí desarrollado es importante para contemplar el caso bajo estudio. Por un lado, posibilita aspectos comunes que discursivamente se proponen para el campo. En el mismo movimiento, se ven aspectos que se alejan de lo normativo. Estos desfasajes entre lo prescripto y lo real pueden por un lado generar malestar y sufrimiento entre los/as trabajadores/as; o bien ser puntos de reinterpretación y reconstrucción y contribuir a la libertad y la creación en el trabajo (Dejours, 1998).

A continuación, se caracterizará el caso bajo estudio. De esta manera, se espera resaltar las singularidades de esta clínica de salud privada como también las vinculaciones particulares y generales con el sector.

1. 4. La Clínica de Salud Mental Privada: nuestro caso bajo estudio

La clínica privada de salud mental donde se llevó adelante la investigación fue creada hace varias décadas en la Ciudad de La Plata. Sus servicios en salud mental se presentan como un sistema integral que articula dispositivos y especialidades mediante el uso de tecnologías orientadas a la rehabilitación. Es decir, sus servicios son parte de un programa donde la atención psiquiátrica ocupa el centro y reúne variadas prestaciones.

El establecimiento posee una capacidad de entre 150 y 200 camas. En términos edilicios, dispone de diversos sectores. Así, en lo que respecta a

internaciones, se encuentra categorizado según “patologías” o tipos de padecimientos mentales de los/as usuarios/as, “edades evolutivas” y también sus respectivos “requerimientos terapéuticos”. Los sectores para este servicio de la clínica son: adultos mayores, gerontes crónicos, adultos con problemáticas psiquiátricas, jóvenes y adicciones. Desde la clínica se promocionan las comodidades que se disponen para atravesar una internación: baños privados en las habitaciones y espacios verdes y recreativos. También se registran dentro de la organización otras áreas diferenciables en relación a servicios ambulatorios de salud mental como son el Hospital de Día y el Centro de Rehabilitación, dirigido a problemáticas neurológicas.

En relación a los servicios de salud de la clínica, los mismos se centran en la asistencia y la atención. Esto es concordante con lo que señala López Carmona (2012) en su investigación sobre la atención en el subsector de salud mental en establecimientos públicos y privados de varios países. Por medio de esa investigación, se concluyó que en el subsector de salud mental predomina la prevención secundaria, entendida como la atención que se genera cuando una situación ya ha causado daños sobre las personas y lo que se busca es un diagnóstico o tratamiento precoz. Por lo general, estas situaciones suelen ser abordadas de forma conjunta por disciplinas asociadas a la salud mental tales como la psicología, la psiquiatría, la terapia ocupacional, la musicoterapia y el trabajo social.

Los servicios dentro de la clínica, se ofrecen como susceptibles de responder a las necesidades requeridas de los/as usuarios/as. Se concentran en un amplio abanico de dispositivos posibles que contemplan las consultas y urgencias domiciliarias, consultorios externos, internaciones, seguimientos post-internación y actividades varias en hospital de día. En términos terapéuticos, se apela a actividades y espacios individuales y grupales donde confluyen saberes “psi” y artísticos.

En la clínica conviven diversos actores. Entre ellos, podemos reconocer a la gestión, el personal administrativo, técnico y profesional, las empresas encargadas de dispensar la medicación requerida, representantes sindicales, de las asociaciones profesionales y de clínicas, los/as usuarios/as y familiares de los/as mismos/as. Esto contribuye a que la organización se encuentre atravesada por discursos, creencias y principios que dan forma a cómo se comprende a la salud, enfermedad, atención y

cuidado. En la misma, circulan ideas heterogéneas sobre la autonomía y responsabilidad de las personas con padecimiento mental, así como también prejuicios asociados a la peligrosidad.

La clínica se encuentra atravesada por múltiples aspectos legales prescriptivos que delinear cómo se podrían configurar los procesos de trabajo requeridos del personal. Así, como se mencionó anteriormente, la organización se encuentra sujeta a leyes, sentencias judiciales, disposiciones legislativas y administrativas, protocolos en el marco de la salud y la salud mental. En paralelo, los procesos de trabajo que se llevan adelante incorporan lo real de normas implícitas que se generan dentro de la clínica

En la clínica la admisión de usuarios/as supone padecimientos que pueden ser agudos o crónicos y necesitar tratamientos ambulatorios o requerir de internación. Así, por un lado, realizan admisiones de usuarios/as que están atravesando padecimientos mentales asociados con cuadros depresivos, consumos problemáticos, o psicosis. Por otro lado, también admiten usuarios/as con padecimientos mentales propios del envejecimiento. Por lo tanto, en la organización conviven sujetos con trayectorias, padecimientos y edades diversas.

Por medio del análisis de los aspectos legales, las normas propias del colectivo de trabajo y la admisión de usuarios/as, podemos visualizar cierta estructura prestacional de la clínica bajo estudio y procesos de trabajo heterogéneos. Así, el personal realiza tareas variadas dentro de los distintos sectores y dispositivos. Esto se produce al tomar contacto con sujetos con padecimientos mentales heterogéneos y por ende tratamientos y requerimientos específicos.

Podríamos pensar que el conjunto de labores que permiten elaborar y brindar el servicio de atención en salud mental está organizado en tres grandes grupos, que se describen a continuación.

En primer lugar, encontramos tareas administrativas centradas en la gestión hospitalaria, los aspectos burocráticos y contables y la garantía prestacional de los servicios. Por lo general, estos puestos tienen un contacto asiduo con usuarios/as y en el caso de darse internaciones, también con el contexto significativo de los/as usuarios/as como pueden ser padres, parejas, hijos, etc.

En segundo lugar, se encuentran las tareas hospitalarias referidas a la atención ambulatoria, hospedaje y estancia de los/as usuarios/as en la clínica. Se agrupan las tareas de la limpieza de los espacios, la preparación y administración de comidas, el aseo asistido, el alistamiento de camas y habitaciones. En este grupo, también consideramos las tareas de mantenimiento y seguridad de los espacios donde transitan los/as usuarios/as.

En tercer lugar, encontramos las tareas terapéuticas propiamente dichas como administración de medicamentos y realización de procedimientos, sesiones dentro de espacios de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional o musicoterapia, actividades grupales e individuales artísticas y lúdicas.

Esta distinción de tareas, contempla saberes y actividades de carácter material o inmaterial, algunas que pueden resultar más valoradas que otras por su carácter concreto o especializado. Por ende, se entreteje una compleja red que contribuye a organizar y dar sentido a los saberes y prácticas propias de los procesos de trabajo de salud mental.

1.5. La Clínica de Salud Mental privada como espacio psicosocial

En este apartado, presentaremos información relevada respecto de las trabajadoras de la Clínica bajo estudio, con la finalidad de construir un perfil sociodemográfico de dicha población. En relación a lo expresado anteriormente, los diversos procesos de trabajo y sus lógicas, requieren de la coordinación necesaria y suficiente para el logro de sus objetivos con eficiencia y eficacia. A la par, resulta fundamental para el colectivo laboral, procurar la cooperación y confianza dentro del grupo y los subgrupos para realizar una práctica asistencial interdisciplinar, tal como propone el nuevo paradigma de atención en salud mental.

Por otra parte, tenemos en cuenta para el análisis la complejidad de toda organización, ya que la influencia de factores políticos, culturales, sociales y económicos, frecuentemente chocan con las realidades internas de la organización que poseen una lógica de funcionamiento en particular. En este sentido, como espacio psicosocial las trabajadoras construyen significaciones compartidas, necesarias para la elaboración de reglas de convivencia y del oficio. En nuestro caso, como se expondrá a

continuación, esta cuestión cobra mayor importancia, ya que parte de los integrantes de la Clínica provienen de otros países, atravesados por sus particularidades culturales.

El trabajo de campo permitió encuestar a 63 personas de un total de 78 trabajadoras que desempeñan sus funciones en diferentes agrupamientos laborales, mayoritariamente enfermería y mucamas.

A continuación presentamos en la tabla 2 la distribución del personal encuestado por puestos. Hacemos la salvedad que la tabla se construyó a partir de las respuestas facilitadas por las trabajadoras en el marco de una encuesta. Es decir, optamos por presentar los puestos a partir de las percepciones de las trabajadoras sobre sus realidades, más allá de lo que podría dilucidarse a partir de un listado oficial favorecido por la organización.

Tabla 1.2. Distribución del personal encuestado por puestos

Tipo de puesto	Casos	Porcentajes
Administrativo/a y contable	3	4,8%
Auxiliar de enfermería	5	7,9%
Cocinera/o	3	4,8%
Encargada/o supervisor/a de sector	4	6,3%
Enfermera/o	24	38,1%
Mucama/o	22	34,9%
Profesionales de salud mental	2	3,2%
Total	63	100%

Si profundizamos en los tipos de puestos de las personas encuestadas en la clínica, observamos que la mayoría de las respuestas provienen de enfermeras y mucamas. Las enfermeras y mucamas se distribuyen en todos los sectores de la clínica, siendo los sectores de adultos mayores,

gerontes crónicos y rehabilitación donde se localiza mayor presencia de personal.

Otro dato de interés está representado por la nacionalidad de las trabajadoras. Por medio de esto, se aporta información acerca de la construcción del ambiente laboral como espacio psicosocial, donde se expresa la diversidad cultural y refleja una realidad laboral mundial referida al trabajo en salud. El trabajo de cuidado se caracteriza, entre otros aspectos, por ser realizado mayoritariamente por mujeres y migrantes, proceso que ha dado lugar en las últimas décadas a una cadena internacional del cuidado (Moliner, 2012).

En este sentido, la encuesta relevó que es altamente significativa la población femenina que trabaja en la Clínica, ya que del total de las personas encuestadas el 84,1% son mujeres (53 casos) mientras que solo el 15,9% (10 casos) son hombres. A su vez, sobre el total de la encuesta, advertimos que el 71% (44 casos) es de nacionalidad argentina, mientras que el 29% (18 casos) posee otra nacionalidad. Este grupo de personas, declara ser proveniente de países como Bolivia (8 casos), República Dominicana (4 casos), Perú (3 casos), Paraguay (2 casos) y Colombia (1 caso).

Observamos cierta división sexual del trabajo tradicional. Esto se produce en tanto las tareas realizadas por las mujeres son preponderantemente las administrativas, de enfermería, limpieza y cocina. Por su parte, el componente masculino se encuentra mayormente representado en los puestos de enfermería (en proporción mucho más baja que las mujeres), seguridad y mantenimiento. Podemos pensar que dentro de la organización impera un orden simbólico que modela un tipo de sujeto trabajador/a, sus lazos de pertenencia y cohesión interpersonal que instituyen una naturaleza social en roles de género (López Carmona, 2012).

Con respecto al nivel de estudios que acreditan las trabajadoras, las respuestas mayoritarias indican la fragmentación en dos grupos. Un primer grupo lo componen quienes han alcanzado un nivel educativo primario-secundario. Un segundo grupo se constituye con quienes han accedido a un nivel educativo terciario-universitario. Podemos suponer que esta división es otra de las maneras en que se expresa la profesionalización del trabajo de cuidado. Así, el 22,2% (14 casos) posee una formación universitaria completa. El 20,6% (13 casos) ha alcanzado

el nivel secundario completo. También, en paridad, el 20,6% (13 casos) registra un nivel de estudios primario completo. Finalmente, un porcentaje menor posee formación de nivel terciario completo (11,1% con 7 casos), como asimismo estudios incompletos correspondientes a los cuatro niveles indagados.

Tabla 1.3.

Nivel educativo alcanzado	Casos	Porcentaje
Primaria Incompleta	2	3,2%
Primaria Completa	13	20,6%
Secundaria Incompleta	8	12,7%
Secundaria Completa	13	20,6%
Terciaria Incompleta	2	3,2%
Terciaria Completa	7	11,1%
Universitaria Incompleta	4	6,3%
Universitaria Completa	14	22,2%
Total	63	100%

En cuanto a la edad de quienes trabajan en la Clínica de salud mental, el promedio es de 45 años. Se consigna una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 67 años. Otro ítem relevado es la antigüedad, tanto en la organización como en el cargo que desempeña actualmente. En la organización, se evidencia 11,6 años como la media del ítem en cuestión y una antigüedad máxima consignada de 32 años. Con respecto a la antigüedad en el cargo actual, el promedio corresponde a 8,2 años, registrándose una antigüedad máxima en el puesto de 28 años. Estos valores son significativos, ya que dan cuenta de una población de edad media, con un vínculo estable de muchos años, y con importante experiencia en su actividad de trabajo. Ambos aspectos pueden tener una

incidencia favorable con respecto a la cohesión grupal y la relación de pertenencia con la organización.

Respecto del lugar de residencia de las trabajadoras encuestadas, residen en su mayoría (76,2% - 48 casos) en la localidad de La Plata, seguido de la localidad de Berisso donde viven el 7,9% (5 casos) de las trabajadoras. En números menores, otras trabajadoras habitan en los barrios del Gran La Plata. De acuerdo a esta información, la mayoría reside en el casco urbano de la ciudad de La Plata, donde se ubica su establecimiento laboral.

En relación a la composición socio-familiar, se relevó que la mayoría de las trabajadoras convive con su esposo/a o pareja e hijos/as (33 casos), seguido de quienes viven con sus hijos/as solamente (12 casos). En menores cantidades, las trabajadoras habitan con su esposo/a o pareja (8 casos), con sus hijos/as (12 casos) u otros familiares (9 casos), o solos (7 casos). El 87,3% (55 casos) de las encuestadas manifiesta tener hijos/as, mientras que el 12,7% (8 casos) no los tiene.

Esta información relevada se complementa con la responsabilidad que asumen las trabajadoras en cuanto al sostén económico del hogar, y de la atención de familiares dependientes. Al respecto, un alto porcentaje de trabajadoras manifiesta tener una responsabilidad total por sustento de su familia (44,4% - 28 casos), y en proporción cercana están quienes tienen una responsabilidad compartida (39,7% - 25 casos). Solo el 15,9% es decir 10 casos, trabaja para sostener sus propios gastos. Sobre la pregunta que indaga la responsabilidad con respecto al cuidado regular de personas mayores, enfermas o discapacitadas, las respuestas señalan que el 15,9% (10 casos) realiza con regularidad estas tareas no remuneradas dentro o fuera de su hogar, y en forma ocasional el 3,2% (2 casos).

En función de lo expuesto, observamos que las trabajadoras están expuestas también a demandas familiares que pueden representar una carga psíquica y doble presencia. El 44% de las trabajadoras es el único sostén del hogar, absorbiendo sobre sí las responsabilidades de sostén y cuidado de su familia. También, un 15,9% de las trabajadoras encuestadas realiza tareas de cuidado de algún familiar allegado, incrementando las demandas emocionales vivenciadas en los roles asumidos. Para sostener un relativo equilibrio bio-psico-social y preservar su salud mental, las trabajadoras hacen “negociaciones” con la organización, sus compañeras/os de trabajo, sus familiares y sus propias

expectativas, a veces resignando o privándose de lo necesario (por ejemplo tiempo para hacer actividad física) o lo deseado. En tal sentido, compatibilizar las exigencias laborales con las familiares se torna fundamental, en pos de la reducción del conflicto en las relaciones laborales y las familiares, aún más en los casos con pluriempleo.

Los resultados de la encuesta revelan que 14 trabajadoras (22,6%), tienen un vínculo laboral con otra organización, del ámbito público o privado, además del trabajo que realizan en la Clínica de Salud Mental. Esto expresaría la necesidad de incrementar sus ingresos para sostener la economía familiar, o por ser único sostén. El tiempo y el desgaste psíquico y físico que conlleva sostener un trabajo y la familia, se incrementa en los casos de pluriempleo o de atención de familiares enfermos o discapacitados, lo cual puede obstaculizar la participación de las trabajadoras en actividades sociales, culturales y ciudadanas.

Con respecto al vínculo con la organización sindical, se consultó a las trabajadoras sobre su participación gremial como delegada o militante, obteniendo como respuesta afirmativa que un 15,9% es decir 10 casos, están afiliadas. Se pone de manifiesto el moderado rol que ocupa para estas trabajadoras la necesidad de vincularse y participar con la entidad que representa al colectivo en sus intereses comunes, además de asumir su rol prescripto dentro de la Clínica de Salud Mental.

De la información cualitativa aportada en las entrevistas, surgen datos que hacen a la idiosincrasia de la Clínica. Aparece la organización como una gran familia, proveedora de sustento y formación, por cuanto hay una tradición de incorporar como empleadas/os a personas familiares entre sí. También surge la contracara, que muestra a la misma organización con su rostro de empresa con fines de lucro. Allí prima la eficiencia y la eficacia, como la calidad del servicio brindado, por ello el juicio emitido por las personas usuarias de las prestaciones es muy importante y puede afectar positiva o negativamente a las trabajadoras. Otro juicio de importancia es que el que emiten los propios pares y los miembros de otros colectivos laborales, ya que tal como se señaló anteriormente, el abordaje del trabajo de cuidado involucra diferentes agrupamientos y modos de “saber hacer con otros/as”.

En síntesis, la Clínica de Salud Mental es una organización que brinda atención y cuidado a personas con padecimiento mental, abordando problemáticas vinculadas a la depresión, psicosis, adicciones, y patologías

psiquiátricas derivadas de demencias seniles y trastornos neurológicos. La edad de los/as usuarios/as va desde adolescentes hasta adultos/as mayores. La modalidad terapéutica implementada por la Clínica es tanto de internación como ambulatoria, a través de consultorios externos, Hospital de día y Rehabilitación. Trabajan desde un enfoque, al menos en lo discursivo, interdisciplinario.

Se destaca que el perfil sociodemográfico de las trabajadoras no solo está altamente compuesto por mujeres, también posee un componente migratorio variado, aunque la mayoría es de nacionalidad argentina. Tal como se señaló, la realidad laboral de la Clínica expresa la diversidad cultural y sexual referida al trabajo en salud reflejada a nivel mundial. El trabajo de cuidado se caracteriza, entre otros aspectos, por ser realizado mayoritariamente por mujeres y población femenina migrante. En cuanto a la edad, las 53 mujeres y 10 hombres encuestadas/os dan cuenta de una población de mediana edad, representada por un promedio de 45 años.

Con respecto a la relación con la organización, las trabajadoras de la Clínica mantienen un vínculo estable y sostenido en un tiempo prolongado con la misma (antigüedad promedio es de 11,6 años); también se evidencia que es un plantel que poseen los conocimientos, habilidades y la práctica necesaria para realizar un trabajo de calidad. Esto se sustenta en la *expertise* adquirida de la antigüedad en el cargo actual y el alto nivel de educación-formación (universitario/terciario). Otro dato de interés lo constituye el lugar de residencia, donde se observa que más de la mitad de las encuestadas organiza su vida en cercanía a su lugar de trabajo, al habitar en el casco urbano de la ciudad.

Para finalizar, recordemos que el cambio de paradigma sobre la concepción de la salud mental, y su modo de abordaje, requiere visualizar y reflexionar sobre cómo se diseñan, coordinan, supervisan y ponen en práctica diversas actividades. Todo ello por medio de la consideración, respeto y garantía de los derechos humanos de quienes son usuarios/as de atención y cuidado como también de quienes conforman el personal/equipo de salud mental. Durante todo el análisis de los ejes que dan cuenta de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo se tendrá presente esto. Entendemos que desde lo normativo se propone un panorama ideal-idílico que resulta muy difícil de llevarse adelante con los recursos, problemáticas, capacitaciones, información que hoy por hoy se disponen para el sector de salud mental en Argentina.

Referencias bibliográficas

- Asociación de Trabajadores de la Sanidad Privada (1975). Convenio Colectivo de Trabajo N° 122/75.
- Barukel, A. (2013). La nueva ley de Salud Mental y los actores: de corporativismos palaciegos y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, (3). Pp. 41-50.
- Belló, Mariana, & Becerril-Montekio, Victor M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), s96-s109. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es&tlng=es.
- Blanco Negro (9 de mayo de 2017). Crece la disputa entre psicólogos y psiquiatras por las jefaturas de Salud Mental en los hospitales públicos. Info Blanco sobre Negro. Recuperado de <http://www.infoblancosobrenegro.com/noticias/16579-crece-la-disputa-entre-psicologos-y-psiquiatras-por-las-jefaturas-de-salud-mental-en-los-hospitales-publicos>
- Comisión Provincial por la Memoria. (2018). Informe Anual 2018. El sistema de la crueldad XII Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires (12). Recuperado de: http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanuales/Informe_2018.pdf
- Decreto n° 613/13. Reglamentación de la Ley de Salud Mental n° 26.657. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina, Buenos Aires. Argentina, 25 de Mayo de 2013.
- Dejours Ch. (1998) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo En Dessors D., y Guiho- Bailly M.P. (Comps.) *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*, Argentina: Asociación trabajo y sociedad. PIETTE. Lumen Humanitas.
- Dirección de capacitación y desarrollo de trabajadores de la salud (2017). Informe de Medición y Monitoreo. Indicadores de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>.
- González García G. y Tobar, F. (1997). *Más Salud Por El Mismo Dinero*. Argentina: Ediciones Isalud.
- González García G. Y Tobar, F. (2004) *Salud Para Los Argentinos*. Argentina: Ediciones Isalud.

- Ley n° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. Argentina, 2 de diciembre de 2010
- Ley n° 14.580. Ley Provincial de Salud Mental. Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Legislatura de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires, 27 de noviembre de 2013.
- Mental Disability Rights International y CELS (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21, (1). Pp.217-224.
- Ministerio De Salud Y Ambiente De La Nación (2005). *Informe De Gestión 2004*. Argentina: Editorial Latingráfica.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Salud y Sociedad. Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación y Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.
- Neffa, J. C. (2016). *Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Contribución a su Estudio*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Moreno.
- Stolkiner, A. (2012). Nuevos Actores del campo de la salud mental. *Intersecciones Psi*, 2 (4).
- Stolkiner, A. (2017). El enfoque interdisciplinario en el campo de la salud/salud mental y la perspectiva de derechos En Fernández Castrillo (Comp.) *Salud mental, comunidad y derechos humanos*, Uruguay: Psicolibros Universitarios.

2. La metodología de la investigación

María Laura Henry

2.1. El marco general de la investigación

La presente investigación se enmarca en el Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTS n° 422) denominado: “Los riesgos psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención” que fue aprobado por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). El mismo está bajo la dirección de la Dra. Liliana Ferrari y la co-dirección del Dr. Julio C. Neffa (UNLP-CONICET), y es llevado adelante por un equipo interdisciplinario compuesto por investigadores, docentes y alumnas de diversas disciplinas (economía, administración, psicología y sociología). El objetivo de este proyecto es indagar las características que asume el proceso de trabajo en distintos colectivos de trabajadores/as, y la vinculación entre prácticas laborales, salud y sus consecuencias en el funcionamiento de distintas organizaciones, con el fin de crear y consolidar una red para producir intercambios significativos a la hora de debatir sobre las condiciones de trabajo.

El PDTS está conformado por miembros de un conjunto de Universidades Nacionales¹ en interacción con distintas organizaciones que asumen el rol de “adoptantes” de los resultados del mismo. De esta

¹ En el proyecto participan las siguientes universidades: Univ. Nac. Arturo Jauretche; Univ. Nac. de la Plata; Univ. Nac. de Córdoba; Univ. Nac. de Rosario; Univ. Nac. de Avellaneda; Univ. Nac. de Mar del Plata y Univ. Nac. del Nordeste.

forma, el proyecto apunta a transferir herramientas y conocimientos a organizaciones de la sociedad civil que permitan la evaluación, intervención y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo.

En el caso específico de la investigación que se presenta en este Informe, la misma fue desarrollada en el marco institucional de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata (FCE-UNLP). Asimismo, contó con el apoyo del sindicato Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA-LA PLATA), que participó como organización adoptante de los resultados generados por el equipo de la UNLP.

El sindicato tuvo un rol destacado en las gestiones para acceder a la institución bajo estudio y en el proceso de selección del caso. En este sentido, se solicitó colaboración a representantes de ATSA para identificar espacios laborales del sector de salud privada en la zona de La Plata donde pudiese ejecutarse un relevamiento sobre la incidencia de los riesgos psicosociales. Ante este pedido, los representantes de dicho sindicato hicieron el contacto con una institución que cumplía los requisitos geográficos mencionados: la Clínica de Salud Mental².

Cabe destacar que, previamente a este estudio de caso, ya se habían realizado actividades conjuntas entre el equipo UNLP y ATSA, lo cual demarca una trayectoria de trabajo conjunta que ha generado resultados muy fructíferos. Como antecedente más cercano y relevante, es posible señalar la investigación realizada en una Clínica Privada en el año 2016-2017, que permitió el primer relevamiento sistemático sobre riesgos psicosociales en el sector de salud privado en la zona de La Plata a partir de un estudio de caso. Este trabajo luego fue plasmado en un libro (Neffa y Henry, 2018) que fue editado con recursos provenientes tanto del sindicato como de la Clínica Privada, lo cual manifiesta el interés social asignado a esta actividad por ambas partes.

Anteriormente, en el año 2014, también se había realizado otra importante actividad con representantes de ATSA bajo la modalidad de un proyecto de extensión universitaria denominado “Hablemos del

² Por razones de confidencialidad no usaremos el nombre real de la institución y nos referiremos a la misma con este seudónimo a lo largo de todo este Informe.

Trabajo”. Esta iniciativa tuvo una duración de un año, fue acreditada por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP y participaron de ella trabajadores de la salud, estudiantes y graduados de sociología, psicología y ciencias económicas. Por medio de la misma, se buscó explorar de manera co-participativa las principales problemáticas que aparecían en los modos de organización de esos trabajadores de la salud, los riesgos psicosociales emergentes y las posibilidades de prevenirlos (Neffa et al, 2014).

Las actividades anteriormente mencionadas han provisto al equipo de la UNLP de amplios conocimientos sobre el funcionamiento del sector de la salud privada y, fundamentalmente, sobre los principales problemas a visibilizar, trabajar y reflexionar. El estudio de caso que presentamos en estas páginas se suma a esta senda de trabajo y permite seguir profundizando temas que resultan centrales para el bienestar de los trabajadores/as de la salud.

2.2. Un abordaje cuantitativo: la encuesta de RPST

Esta investigación utilizó un enfoque metodológico adaptado al tema bajo estudio y tomando como base el marco teórico sobre los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST) que se encuentra desarrollado en publicaciones recientes (Neffa, 2015 y Neffa et al, 2017) y en la sección Marco Teórico de este informe.

Específicamente, para esta investigación sobre RPST, se decidió utilizar un abordaje de tipo cuantitativo, siendo la encuesta el instrumento empleado para recolectar datos. Al respecto, la encuesta presenta una serie de ventajas que la vuelven adecuada para este tipo de estudios:

- Permite abarcar un amplio abanico de temas y tópicos sobre la situación de trabajo a lo largo del cuestionario, tanto vinculadas a las CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo) como a los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST), que son el eje del cuestionario utilizado.
- Facilita la comparación de respuestas brindadas por los distintos trabajadores, dado que permiten una estandarización y una cuantificación de las mismas.

- La encuesta es reproducible en el futuro, para verificar cambios en los fenómenos bajo estudio. También es posible de ser aplicada en distintos espacios laborales y generar así estudios comparativos.
- Facilita la obtención de un volumen importante de información y permite cuantificar la magnitud de los riesgos bajo estudio.

El formulario utilizado en la Clínica de Salud Mental (y en otras investigaciones anteriores del equipo) estuvo basado en una encuesta sobre RPST aplicada en Francia, elaborada por un equipo de expertos bajo la coordinación de Michel Gollac y Thomas Coutrot. Dicho equipo desarrolló un abordaje cuantitativo para relevar estos riesgos entre la población trabajadora francesa, tras haber realizado una amplia revisión sobre los métodos existentes en varios Estados europeos para medir los RPST (Gollac, 2011).

Como forma de retomar esos desarrollos, varios equipos constituidos en diferentes universidades argentinas (y vinculados entre sí por nutridas redes de intercambio) se abocaron a examinar las condiciones de aplicación de la encuesta francesa a nuestro contexto local (Neffa, 2015). De esta forma, y por medio de una paciente reflexión teórica y metodológica, se adaptó el instrumento a la realidad laboral de nuestro país. El resultado ha sido la confección del *Cuestionario sobre riesgos psicosociales aplicable en Argentina*, que ya ha sido utilizado para estudiar los RPST en diversos espacios laborales, en el marco de proyectos académicos de diferentes universidades.

En lo que refiere a su estructura, el cuestionario usado tuvo cuatro partes bien definidas:

1. Una parte inicial dedicada a la codificación del formulario para su posterior procesamiento.
2. Las preguntas que operacionalizan los seis ejes temáticos de RPST (ver el capítulo sobre el Marco Teórico en este Informe) y que ocupan la mayor parte del cuestionario.
3. Una sección denominada Datos Sociodemográficos, donde se relevan algunos datos generales sobre el encuestado/a (edad, situación familiar, etc.) pero siempre conservando su anonimato.
4. Una sección con espacio para Observaciones (tanto del encuestado como del encuestador). Esto permitió la inclusión de

notas y de información cualitativa dentro de un instrumento que, por definición, es cerrado y estandarizado.

Por la complejidad y extensión que presenta el formulario de encuesta, la misma fue administrada en forma presencial y estuvo a cargo de encuestadoras capacitadas y con experiencia previa en su uso. De esta forma, se buscó minimizar los posibles errores en el relevamiento de datos y asegurar la mayor calidad posible de los mismos. Las encuestas fueron realizadas en los lugares de trabajo y su duración promedio fue de 40 a 50 minutos.

La encuesta fue voluntaria y en todos los casos las encuestadoras primero ofrecieron información relativa a las características del estudio, su temática y las instituciones intervinientes. Luego de la presentación del estudio, se les consultó a las trabajadoras de la Clínica de Salud Mental si querían responder el cuestionario. Asimismo, y como ya se mencionó, se les explicó que la encuesta era anónima y confidencial.

En cuanto a la carga de datos, fueron también las encuestadoras/es quienes los volcaron a un software de carga llamado *Lime Survey*, cumpliendo el rol de “data entry”. Este software permitió un acceso remoto a cada encuestadora por internet y favoreció el desarrollo simultáneo de la recolección y carga de datos. El formulario digital del *Lime Survey* replicaba la versión impresa y habilitaba a que cada encuestador/a marque las opciones o respuestas que había recabado previamente en el terreno.

2.3. El desarrollo del trabajo de campo

A los fines de acordar el acceso a la Clínica de Salud Mental y determinar la cantidad de encuestas a implementar, se realizaron dos reuniones que fueron claves para facilitar ambas tareas. En primer lugar, se hizo una reunión con el dueño de la Clínica, a la que también asistieron el co-director del proyecto, la coordinadora del trabajo de campo y un representante de ATSA. En la misma se expusieron los contenidos y los fines de la investigación para que el responsable de la Clínica tuviera la información necesaria y permitiese el acceso de las encuestadoras.

Una segunda reunión relevante fue realizada con la Jefa de Personal de la Clínica de Salud Mental. Durante la misma, se le pudo consultar una serie de detalles sobre el funcionamiento de la institución y sobre el personal. Particularmente, cuántos trabajadores/as estaban en funciones, a qué categorías profesionales pertenecían y otras informaciones sobre el funcionamiento general del lugar. El dato más interesante que se pudo relevar en esta reunión preliminar fue que 77 personas conformaban el personal de la institución. En función de esa cantidad, se decidió que era innecesario hacer una muestra y que era más adecuado encuestar a todos los trabajadores/as, para así obtener un cúmulo de datos que permitiese sacar conclusiones relevantes y realizar operaciones estadísticas. Como forma de ayudar a esta tarea, la Jefa de Personal facilitó un listado donde figuraban los trabajadores/as, sus puestos y sus turnos.

La coordinadora de campo fue quien se contactó permanentemente con la Jefa de Personal para acordar las encuestas a realizar en cada jornada. Particularmente, para coordinar cuantas trabajadoras podían dejar por un momento su puesto para responder al cuestionario y en qué turnos debían asistir los encuestadores. El relevamiento fue realizado entre los meses de noviembre de 2017 y febrero de 2018.

Es interesante destacar que antes de comenzar el trabajo de campo, y con el fin de sensibilizar e informar al personal de la Clínica de Salud Mental sobre la temática de RPST, se distribuyeron folletos informativos. Los folletos fueron entregados a la Jefa de Personal para que los colocara en espacios comunes del establecimiento. Asimismo, para reforzar esta entrega, algunas encuestadoras entregaron, al finalizar la situación de entrevista, folletos a la trabajadora que nos brindó su tiempo para que los distribuya entre sus compañeras. El objetivo era que estuvieran informadas sobre los fines del relevamiento, por qué podía resultar útil generar información sobre riesgos psicosociales y, de esa manera, tuviesen mayor predisposición a participar.

De todas formas, y como suele suceder en relevamientos de esta naturaleza, hubo casos en que algunas trabajadoras no quisieron responder a la encuesta y otras que no estaban disponibles en el lugar de trabajo (por diferentes circunstancias: licencia, jubilaciones recientes, etc.). Esto generó que el total de encuestas realizadas fuera levemente menor al universo inicialmente planteado. En este sentido, el número

final fue de *63 encuestas realizadas* a trabajadoras de diferentes turnos, categorías y oficios, cuyos perfiles sintetizamos en el siguiente cuadro:

Tabla 2.1. Población encuestada en la Clínica de Salud Mental, por turno y categoría

	Turno Mañana	Turno Tarde	Turno Noche	Otra modalidad	Cant. total
Administrativas	3	---	---	1	4
Cocinero/as	2	1	---	---	3
Encargada Office	1	---	---	---	1
Enfermero/as	10	10	5	---	25
Mantenimiento	---	1	---	---	1
Médicos de guardia	---	---	---	1	1
Mucamas	11	14	---	1	26
Musicoterapeuta	---	---	---	---	0
Psicóloga	1	---	---	---	1
Sereno	---	---	---	---	0
Supervisora enfermería	1	---	---	---	1
TOTAL	28	26	5	3	63

Nota: el turno mañana corresponde a la franja de 6 a 14 hs.; el turno tarde va de 14 a 22 hs. y el turno noche se extiende de 22 a 6 hs.

Como ya se mencionó, el cuestionario fue aplicado en el lugar de trabajo por un conjunto de encuestadoras formadas para tal fin, estudiantes y graduadas de sociología, administración y psicología. El mismo se administró (en los turnos mañana y tarde) en una sala dentro de la Clínica provista por la Jefa de Personal, con el fin de garantizar el anonimato de las respuestas y la libertad de expresarse de las trabajadoras. En el turno noche, las encuestas fueron administradas en los puestos de cada trabajadora debido a que no podían ausentarse de su puesto de trabajo (en ese turno la cantidad de personal es mucho menor e impide que haya reemplazos internos).

Por último, entre marzo y abril de 2018, cada una de las encuestadoras cargó los formularios con las respuestas de las trabajadoras al software estadístico del proyecto, continuando con la metodología en que quien suministra la encuesta es la misma persona que oficia de “data entry”. Esta forma de trabajo busca reducir al mínimo los desentendidos y la pérdida de información que puedan llegar a ocasionarse entre estos dos momentos del relevamiento.

2.4. La fase de análisis de los datos

Para la fase de análisis, el software *Lime Survey* permitió generar una distribución de frecuencias para todas las preguntas (variables) de la encuesta. Estas cantidades iniciales permitieron detectar patrones generales en torno a los principales problemas de RPST difundidos entre las trabajadoras y, por el contrario, qué temas no resultaban significativos y tenían una incidencia menor.

Cabe señalar que esta fase de análisis se apoyó fuertemente en una actividad previa orientada a generar herramientas de interpretación de los datos: un Seminario Interno de búsqueda y lectura de bibliografía relacionada con el caso bajo estudio. Este seminario, realizado en el primer semestre de 2018, consistió en un ciclo de reuniones al que asistieron todos los miembros del equipo de manera quincenal y donde se pusieron bajo debate diferentes temáticas interrelacionadas tomando como base los aportes brindados por diferentes autores e investigaciones antecedentes.

En este sentido, el seminario buscó fortalecer los siguientes puntos:

- El estado del arte sobre el caso: conocer qué se ha escrito sobre salud laboral y riesgos en instituciones de salud mental.
- Identificar corrientes conceptuales que sirvieran para interpretar los datos: enfoque de género, el trabajo de cuidado (*care*), sociología de las profesiones, entre otras posibles.
- Obtener un panorama sobre el marco legal y normativo de las instituciones de salud mental (historia reciente, leyes, enfoque de derechos humanos, etc.).

La modalidad de taller favoreció el intercambio de perspectivas y la discusión sobre los temas abordados, mientras se iban realizando las

encuestas de forma paralela a esta actividad. El debate se vio asimismo enriquecido por el carácter multidisciplinario del equipo y por las diferentes corrientes a las cuales pertenecían los textos analizados.

Como resultado de este seminario interno, se pudo obtener un panorama general sobre las especificidades del trabajo en el campo de la salud mental (qué habilidades requiere, que dimensiones se movilizan, cuáles son los actores claves, cómo se organizan los procesos de trabajo, etc.) y surgieron diferentes hipótesis sobre los RPST vigentes en esta actividad y sus posibles causas, que luego sirvieron para interpretar los datos de la encuesta.

De esta forma, una vez que estuvieron cargadas todas las encuestas y se pudo acceder a las tablas de datos, en subsiguientes reuniones el equipo revisó pacientemente los datos estadísticos, identificando problemáticas y buscando interpretaciones posibles teniendo como base las lecturas antes mencionadas.

A partir de esta discusión -interdisciplinaria y plural- fueron confeccionándose los primeros borradores de este informe, que fueron sometidos a discusión y a revisión colectiva. Para ello se realizó un sistema de “lectura cruzada”, donde ciertos miembros del equipo leían los textos de sus compañeros y a la vez, recibían devoluciones y sugerencias de otros. Así se, se enriquecieron muchas partes del escrito, mejoraron las argumentaciones vertidas, se subsanaron incongruencias y se unificaron criterios para la redacción del documento (uso de términos comunes, manera de organizar las secciones, etc.).

2. 5. Algunas precisiones para leer el informe

En este último apartado quisiéramos hacer dos precisiones referidas a la forma en que se presentarán los datos y argumentos en este Informe:

- a. Como se indicó más arriba, se encuestaron un total de 63 trabajadoras en la Clínica. Sin embargo, en algunas tablas y gráficos el lector encontrará que el total de casos (“N”) no siempre coincide con esa cantidad antes mencionada. Cuando ello sucede, se debe a que existen “respuestas perdidas” para esa

variable o pregunta. Es decir, algunas de las trabajadoras no han respondido a la pregunta realizada o han contestado “no sabe”.

- b. A lo largo de todo el informe se utilizará el género femenino para caracterizar y referirnos a todo el personal encuestado que trabaja en la Clínica de Salud Mental. Si bien se encuestaron algunos trabajadores de género masculino, el equipo ha tomado esta decisión discursiva por la abrumadora proporción de mujeres que allí se desempeña.

De esta forma, esta opción de escritura quiere reflejar dos posicionamientos: por un lado, hubiese sido poco razonable subsumir al género masculino a un colectivo de trabajo eminentemente formado por mujeres, reproduciendo así las imprecisiones del lenguaje tradicional, que pretende hacer pasar el género masculino por un universal. Y ciertamente, como se verá en este Informe, es importante visibilizar que gran parte de las tareas son realizadas por mujeres en la Clínica, que ello no es casual y que tiene consecuencias al nivel de las capacidades (emotivas, cognitivas, emocionales) que se movilizan en la situación de trabajo, así como en las condiciones laborales resultantes (ingresos, contenidos de las tareas, posibilidades de carrera, etc.).

En segundo lugar, esta opción de escritura quiere reflejar un posicionamiento del equipo de investigación en el actual contexto de lucha por la igualdad de género y por la eliminación de todas aquellas inequidades que relegan y ponen en desventaja a las mujeres en los ámbitos laborales (entre otros muchos otros ámbitos). El lenguaje es un reflejo de estos fenómenos que vienen sucediendo y se encuentra en un proceso de cambio que apunta a incluir y a restituir identidades históricamente invisibilizadas. Es por eso que nuestra forma de escribir quisiera, en cierta medida, reflejar nuestra voluntad por ponernos al corriente de los debates que se abren en este escenario, por seguir aprendiendo nuevas formas de ver la realidad y por repensar conceptos tradicionales a la luz de estas ideas renovadoras.

Referencias bibliográficas

- Gollac, M. (2011) (coord.) *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.

- Neffa, J. C., Henry, M. L., Salas, M.B., Cassini, J., Suárez Maestre, A. y Rubbini N. I. (septiembre, 2014). *Hablemos de Trabajo: Diálogo y aprendizaje entre organizaciones sindicales y estudiantes, graduados y docentes de la UNLP*. Ponencia en VI Congreso de Extensión Universitaria Rosario. Santa Fé, Argentina.
- Neffa, J. C. (2015) *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. CABA: CEIL del CONICET; Corrientes: UNNE, Fac. de Cs. Económicas; La Plata: UNLP, Fac. de Cs. Económicas; Moreno: Universidad Nac. de Moreno; CABA: UMET- CITRA.
- Neffa, J.C.; Korinfeld, S. y Henry, M. L. (2017) *Trabajo y salud en puestos de atención al público: una investigación sobre riesgos psicosociales en el trabajo en ANSES*. SECASFPI, Buenos Aires.
- Neffa, J. C. y Henry, M. L. (2018) (coord.). *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud*. La Plata: Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Investigaciones Administrativas.

SEGUNDA PARTE

3. Tiempo de trabajo, organización del trabajo, riesgos del medio ambiente de trabajo, percepción de la salud

Julio César Neffa

3.1. Días y horarios de trabajo¹

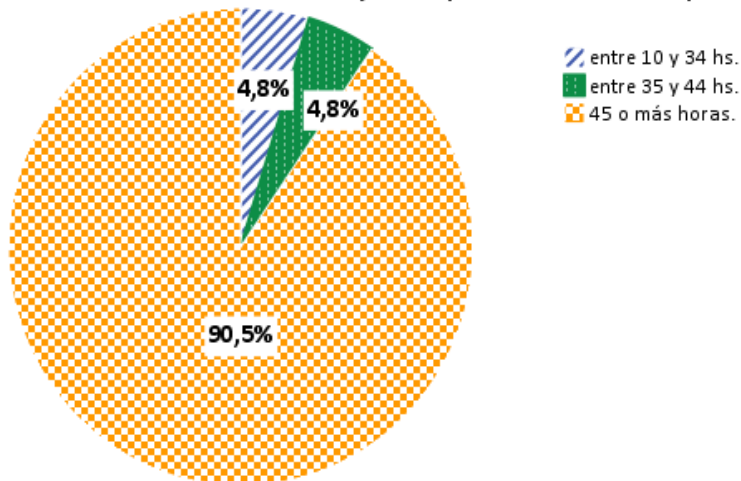
3.1.1 ¿Cuántas HORAS efectivamente trabaja usted por semana en este empleo?

	Frecuencia	Porcentaje
entre 10 y 34 hs.	3	4,8
entre 35 y 44 hs.	3	4,8
45 o más horas.	57	90,5
Total	63	100,0

La mayoría de las encuestadas (90,5%) trabaja 45 o más horas: el 4,8% indicó “entre 10 y 34 hs.”, el 4,8% “entre 35 y 44 hs.” y el 90,5% “45 o más horas”.

¹ Cuando se proceda al análisis y evaluación de los datos relevados en las encuestas, se debe recordar que en esta clínica, la mayoría de los trabajadores son mujeres.

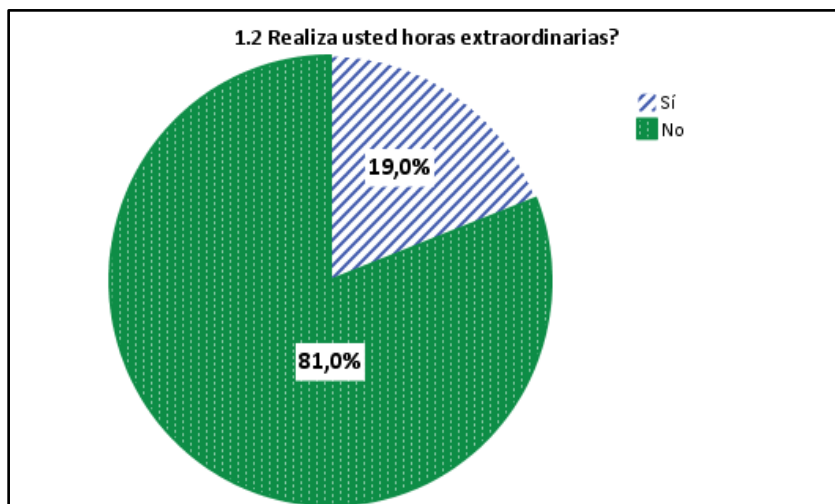
1.1 ¿Cuántas HORAS efectivamente trabaja usted por semana en este empleo?



3.1.2 ¿Realiza usted horas extraordinarias?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	19,0
No	51	81,0
Total	63	100,0

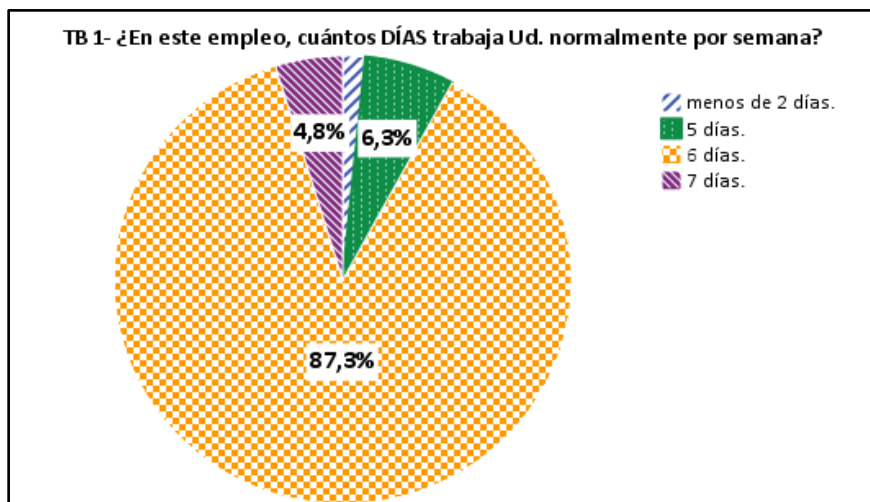
Casi una quinta parte, 19%, realiza horas extraordinarias, mientras que el 81% respondió que “No”.



TB 1- ¿En este empleo, cuántos días trabaja Ud. normalmente por semana?

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2 días.	1	1,6
5 días.	4	6,3
6 días	55	87,3
7 días.	3	4,8
Total	63	100,0

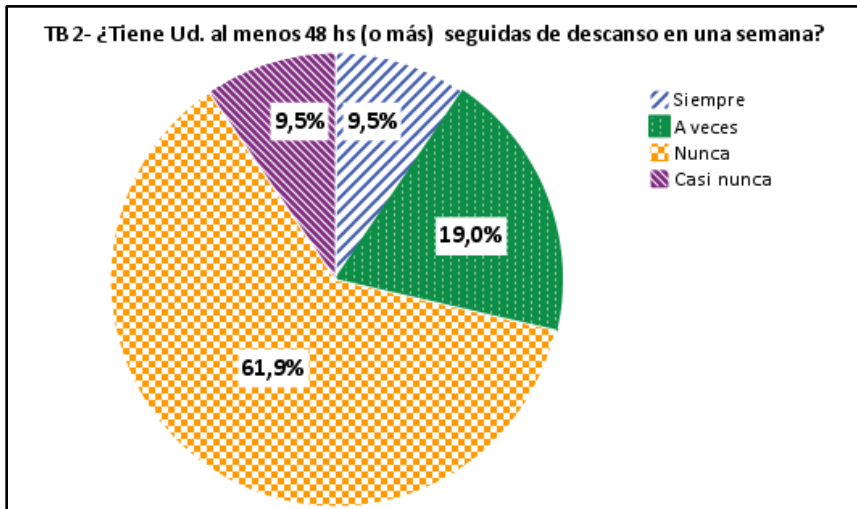
La mayoría de los encuestados, el 87,3%, trabajaba 6 días, el 4,8% 7 días, el 6,3% 5 días y solo el 1,6% trabajaba menos de 2 días. **¡¡Es decir que el 92,1% trabaja 6 días o más!!**



TB 2- ¿Tiene Ud. al menos 48 hs (o más) seguidas de descanso en una semana?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	9,5
A veces	12	19,0
Casi nunca	6	9,5
Nunca	39	61,9
Total	63	100,0

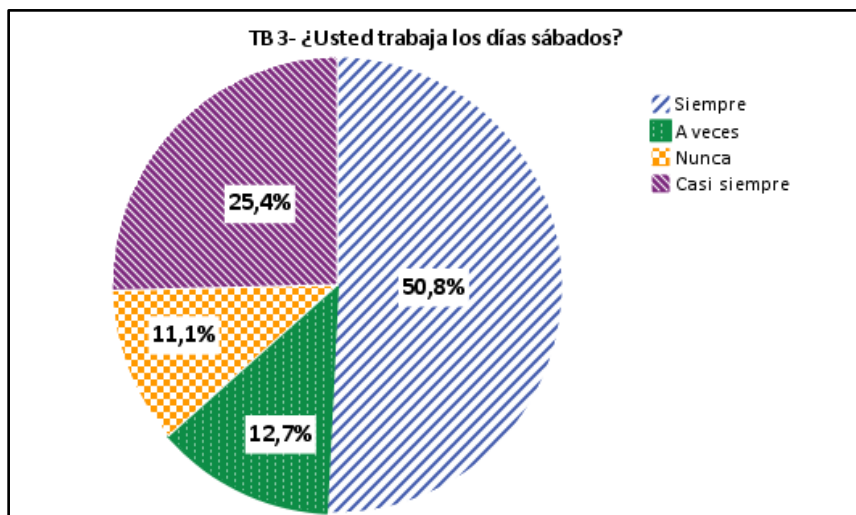
En cuanto al periodo de reposo semanal, el 61,9% respondió que “Nunca” tenía al menos 48 horas seguidas de descanso, el 9,5% “Casi nunca” (en total 71,4 %), el 19,% “A veces” y solo el 9,5% respondió “Siempre”.



TB 3- ¿Usted trabaja los días sábados?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	32	50,8
Casi siempre	16	25,4
A veces	8	12,7
Nunca	7	11,1
Total	63	100,0

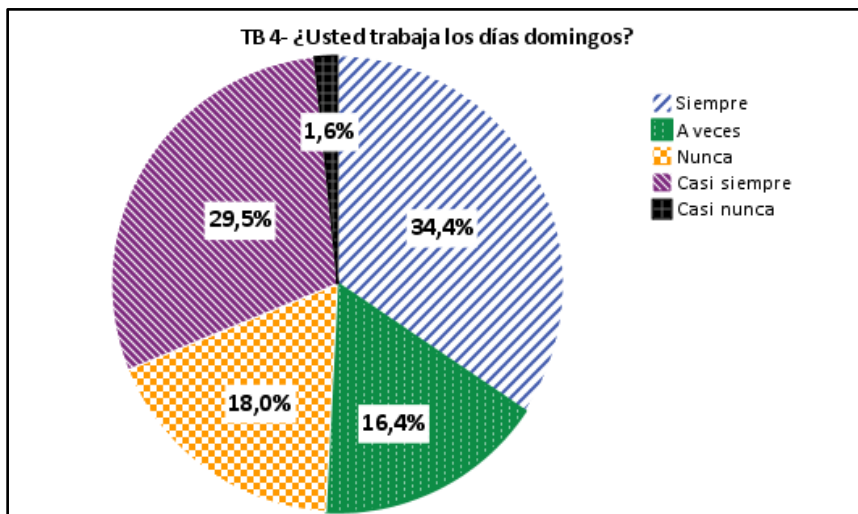
El 50% respondió que también trabaja “Siempre” los días sábados, el 25,4% “Casi siempre” (75,4% en total), el 12,7% “A veces” (en total 88,9%) y el 11,1% “Nunca”.



TB 4- ¿Usted trabaja los días domingos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	21	34,4
Casi siempre	18	29,5
A veces	10	16,4
Casi nunca	1	1,6
Nunca	11	18,0
Total	61	100

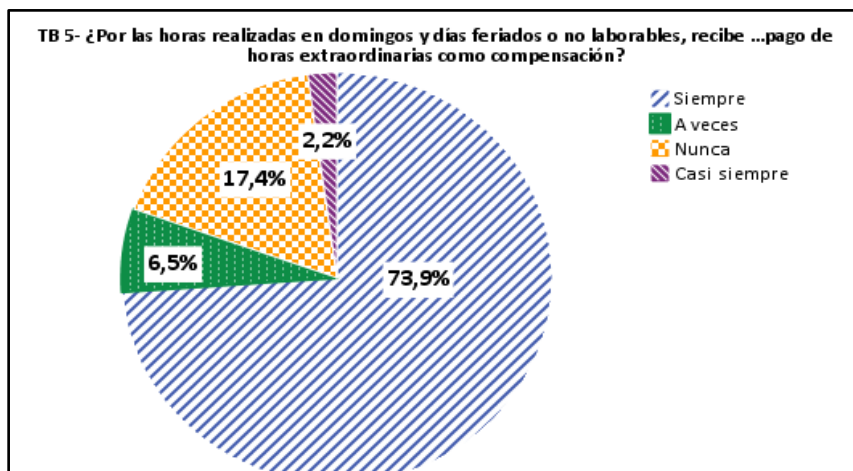
En cuanto a si trabajaban en días domingos, el 34,4% respondió “Siempre”, el 29,5% “Casi siempre” (en total 63,9%), el 16,4% “A veces”, el 1,6% “Casi nunca” y el 18% “Nunca”.



TB 5- ¿Por las horas realizadas en domingos y días feriados o no laborables, recibe pago de horas extraordinarias como compensación?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	34	73,9
A veces	3	6,5
Nunca	8	17,4
Casi siempre	1	2,2
Total	63	100

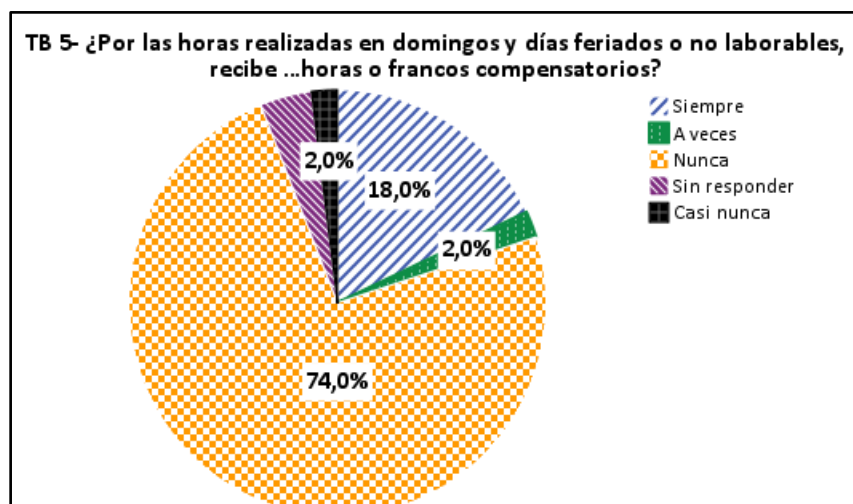
El 73,9% respondió que en esa materia “Siempre” recibe el pago de horas extraordinarias como compensación, el 6,5% “A veces”, el 2,2% “Casi siempre”, y el 17,4% “Nunca” lo recibe.



TB 5- ¿Por las horas realizadas en domingos y días feriados o no laborables, recibe horas o francos compensatorios?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	18,0
A veces	1	2,0
Nunca	37	74,0
Sin responder	2	4,0
Casi nunca	1	2,0
Total	50	100,0

Por las horas realizadas en domingos y días feriados o no laborables, el 18% indicó que “Siempre” recibe horas o francos compensatorios, el 2% “A veces”, el 74% “Nunca”, el 4% “Sin responder” y el 2% “Casi nunca”.



La jornada de trabajo diaria y semanal de la mayoría es larga (el 90.5% trabaja 45 o más horas), el 91,2% trabaja 6 o más días por semana.; casi el 90% trabaja “Siempre”, “Casi siempre” o “A veces” los sábados, y con la misma frecuencia casi el 80% trabaja “Siempre” o “A veces” los días domingos. La complejidad de la situación deriva del hecho que el 70,4% no tiene “Nunca” o “Casi nunca” 48 horas de descanso entre dos semanas para recuperarse de la fatiga.

Esta falta de recompensa monetaria y de reconocimiento moral genera sufrimiento y pérdida de la autoestima.

TC 1.1- Sus horarios de trabajo están definidos por su organización en forma estricta

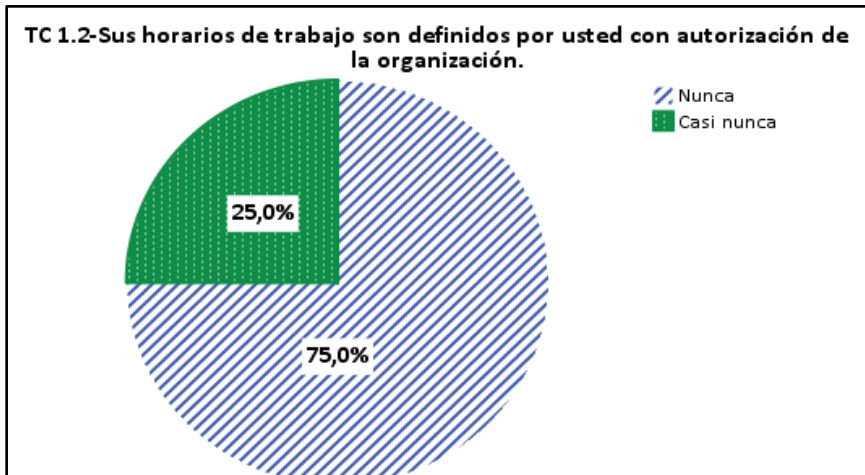
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	59	93,7
A veces	1	1,6
Nunca	2	3,2
Casi siempre	1	1,6
Total	63	100,0

Los horarios de trabajo siempre están definidos por el establecimiento o la organización en forma estricta para el 93,7% de los encuestados, mientras que respondieron “A veces” el 1,6%, el 3,2% “Nunca” y el 1,6% “Casi siempre”. Es decir que para un 98,7% son definidos siempre o a veces por la organización.

TC 1.2- Sus horarios de trabajo están definidos por usted con autorización de la organización

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	75,0
Casi nunca	1	25,0
Total	4	100,0

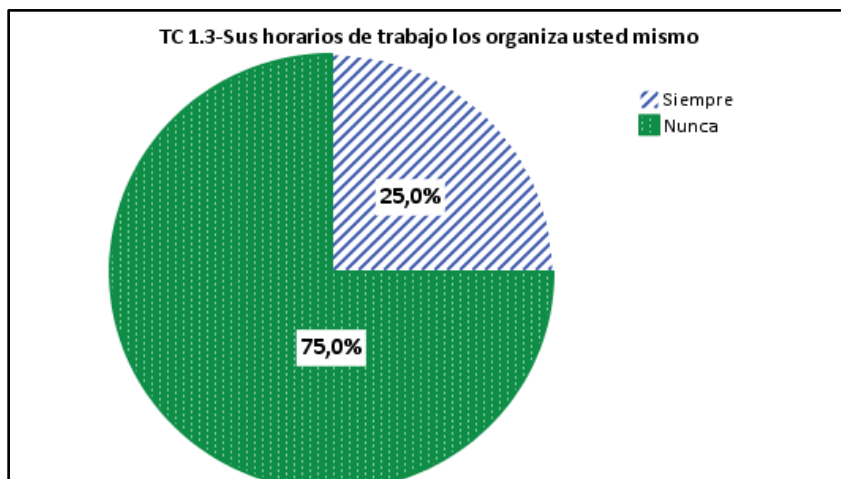
En coherencia con la respuesta a la pregunta anterior el 75% respondió que “Nunca” y el 25% “Casi nunca” sus horarios de trabajo son definidos por las trabajadoras encuestadas con autorización de la organización.



TC 1.3-Sus horarios de trabajo los organiza usted mismo

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	25,0
Nunca	3	75,0
Total	4	100,0

En respuesta a la pregunta de si sus horarios de trabajo los organiza el mismo trabajador, el 25% indicó “Siempre” y el 75% “Nunca”.



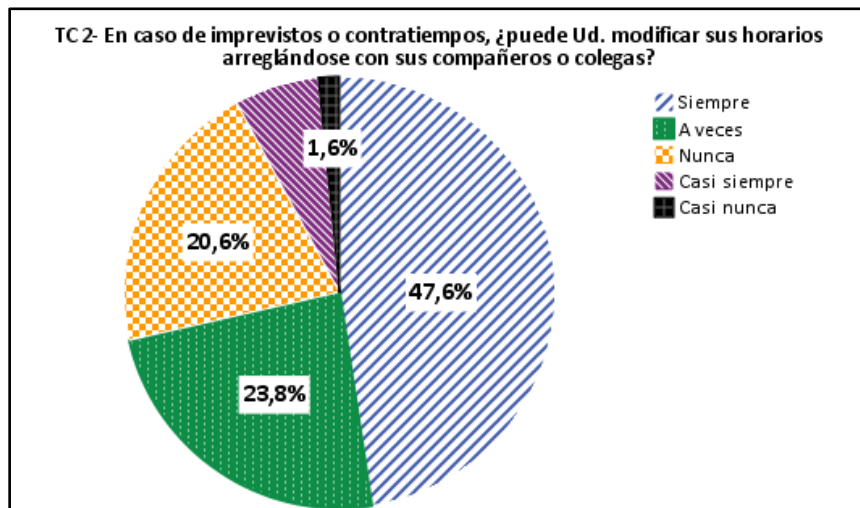
Dada la naturaleza de las clínicas, existe como en los demás establecimientos rigidez y una fuerte restricción en cuanto a los días y horarios de trabajo que impone la empresa a la inmensa mayoría de las encuestadas.

TC 2- En caso de imprevistos o contratiempos, ¿puede Ud. modificar sus horarios arreglándose con sus compañeros o colegas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	30	47,6
Casi siempre	4	6,3
A veces	15	23,8
Casi nunca	1	1,6
Nunca	13	20,6
Total	63	100,0

Cuando se les preguntó si en caso de imprevistos o contratiempos, ¿puede modificar sus horarios arreglándose con sus compañeros o

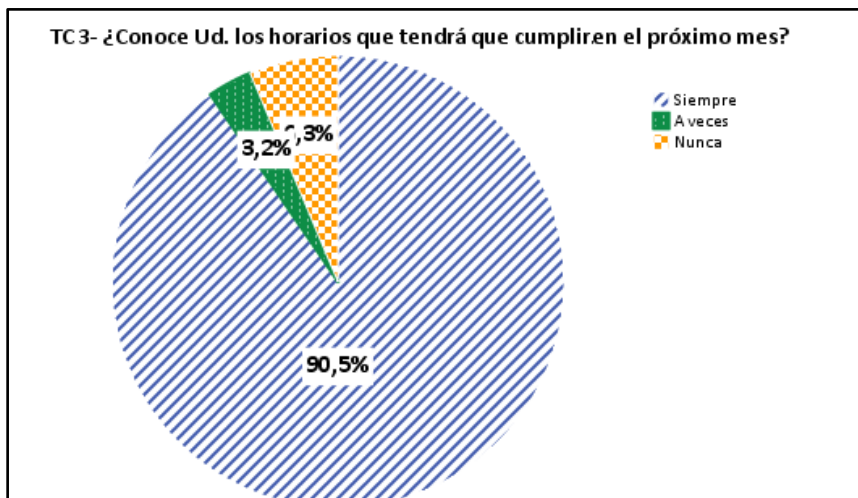
colegas? el 47,6% indicó “Siempre”, el 6,3% “Casi siempre”, el 23,8% “A veces”, el 1,6% “Casi nunca” y sólo el 20,6% “Nunca” puede hacerlo.



TC 3- ¿Conoce Ud. los horarios que tendrá que cumplir en el próximo mes?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	57	90,5
A veces	2	3,2
Nunca	4	6,3
Total	63	100,0

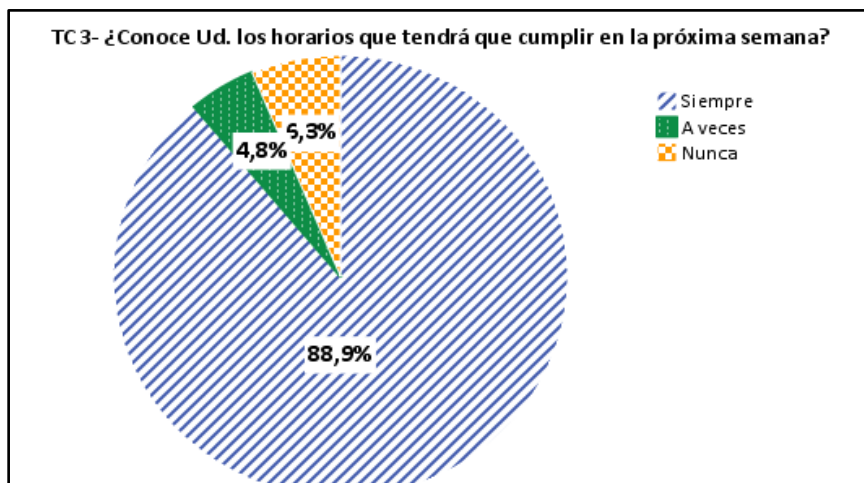
El 90,5% respondió que “Siempre”, el 3,2% “A veces” y el 6,3% “Nunca” conocían los horarios que tendrán que cumplir en el próximo mes.



TC 3- ¿Conoce Ud. los horarios que tendrá que cumplir en la próxima semana?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	56	88,9
A veces	3	4,8
Nunca	4	6,3
Total	63	100,0

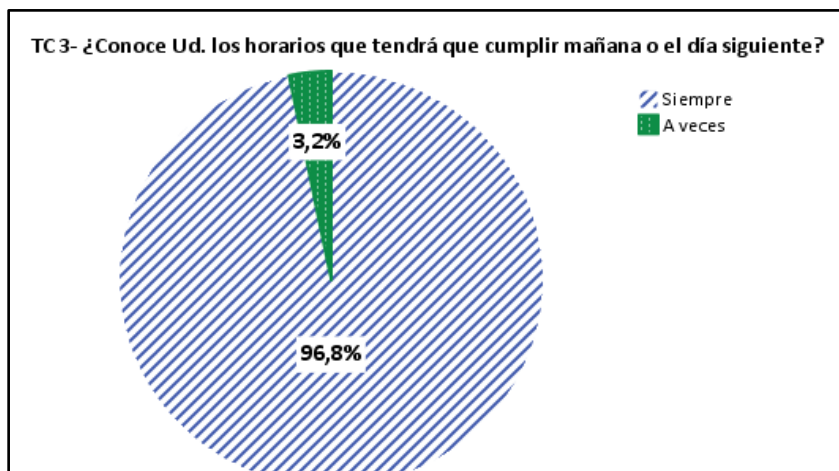
En respuesta a la pregunta “TC 3- ¿Conoce Ud. los horarios que tendrá que cumplir en la próxima semana?” el 88,9% respondió “Siempre”, el 4,8% “A veces” y el 6,3% “Nunca”.



TC 3- ¿Conoce Ud. los horarios que tendrá que cumplir mañana o el día siguiente?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	61	96,8
A veces	2	3,2
Total	63	100,0

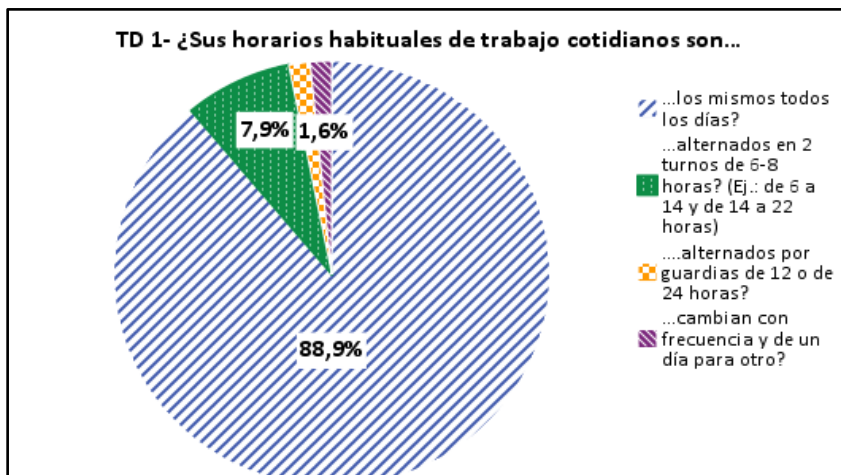
El 96,8% indicó que “Siempre” y el 3,2% “A veces” conocen los horarios que tendrán que cumplir mañana o el día siguiente.



TD 1- ¿Sus horarios habituales de trabajo cotidianos son...

	Frecuencia	Porcentaje
...los mismos todos los días?	56	88,9
...alternados en 2 turnos de 6-8 horas? (Ej.: de 6 a 14 y de 14 a 22 horas)	5	7,9
....alternados por guardias de 12 o de 24 horas?	1	1,6
...cambian con frecuencia y de un día para otro?	1	1,6
Total	63	100,0

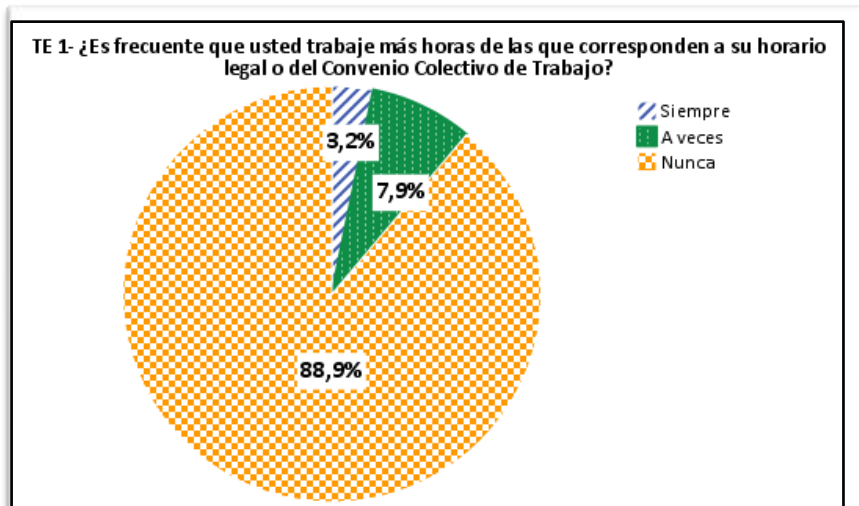
Los horarios habituales de trabajo cotidianos son los mismos todos los días para el 88,9% de los encuestados, para el 7,9% son alternados en 2 turnos de 6-8 horas, mientras que el 1,6% cumplía horarios alternados por guardias de 12 o de 24 horas. Sólo para el 1,6% los horarios cambian con frecuencia y de un día para otro.



TD 2-¿Trabaja Ud. entre medianoche y las 6 horas de la mañana?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	12,7
A veces	3	4,8
Nunca	50	79,4
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta “TD 2-¿Trabaja Ud. entre medianoche y las 6 horas de la mañana?” el 12,7% respondió “Siempre”, el 4,8% “A veces” (17,5% en total) , el 3,2% “Casi nunca” y el 79,4% “Nunca”.



TE 1- ¿Es frecuente que usted trabaje más horas de las que corresponden a su horario legal o del Convenio Colectivo de Trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
A veces	5	7,9
Nunca	56	88,9
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta sobre si es frecuente que trabajen más horas de las que corresponden a su horario legal o del Convenio Colectivo de Trabajo, el 88,9% contestó “Nunca”, sólo el 3,2% indicó “Siempre” y el 7,9% “A veces”.

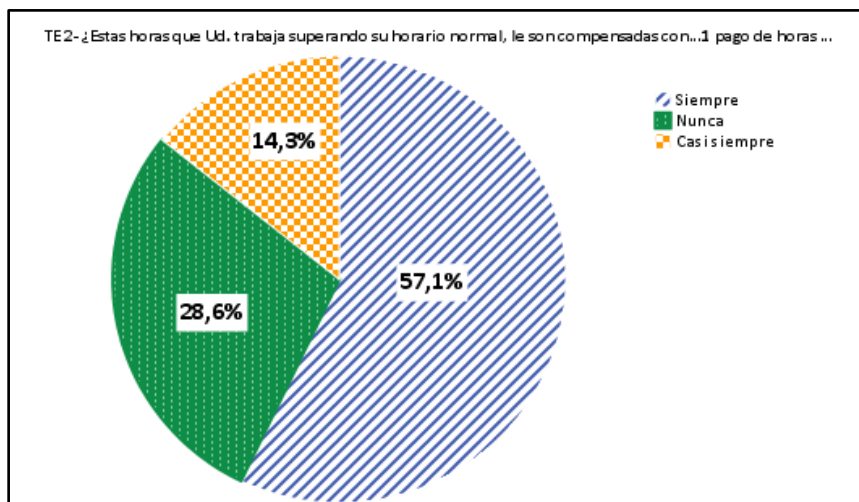
Las trabajadoras conocen con anterioridad los horarios que establece la empresa para los próximos días y son muy pocas (menos de 13%) las que, en caso de necesidad, no pueden modificar los horarios arreglándose con las compañeras (la mayoría lo puede hacer porque existe un clima de solidaridad, recibiendo un apoyo social). Más del 17% trabaja siempre o a veces de noche o por turnos y un 10% hacen más horas que las que corresponde normalmente por Ley o Convenio Colectivo, pero al 28,6% no se le pagan como horas extras y el 86,7% no recibe francos compensatorios.

El trabajo nocturno -al cual está sometido una quinta parte de las encuestadas, así como en sábados y domingos- perturba el ritmo circadiano, afecta la vida familiar y predispone para contraer enfermedades.

TE 2- ¿Estas horas que Ud. trabaja superando su horario normal, le son compensadas con pago de horas extraordinarias?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	57,1
Casi siempre	1	14,3
Nunca	2	28,6
Total	7	100,0

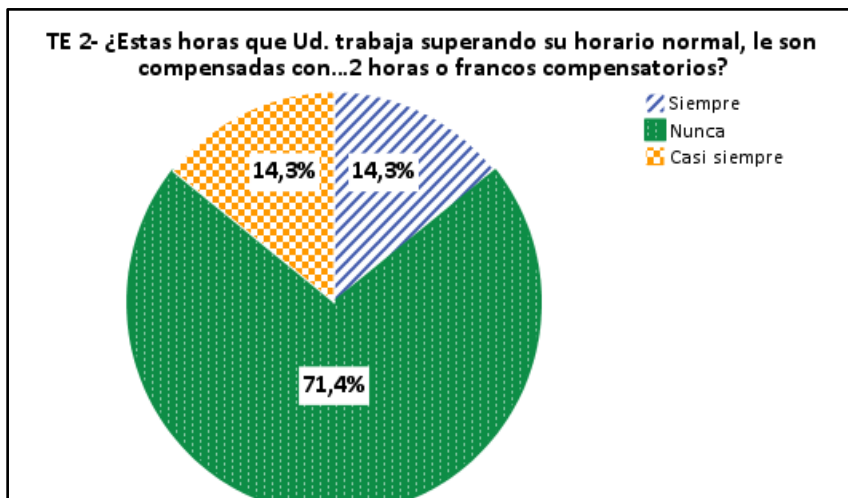
Las horas que trabajan superando el horario normal, les son compensadas “Siempre”, con pago de horas extraordinarias al 57,1%, mientras el 14,3% respondió “Casi siempre” y el 28,6% “Nunca”.



TE 2b- ¿Estas horas que Ud. trabaja superando su horario normal, le son compensadas con horas o francos compensatorios?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	14,3
Casi siempre	1	14,3
Nunca	5	71,4
Total	7	100,0

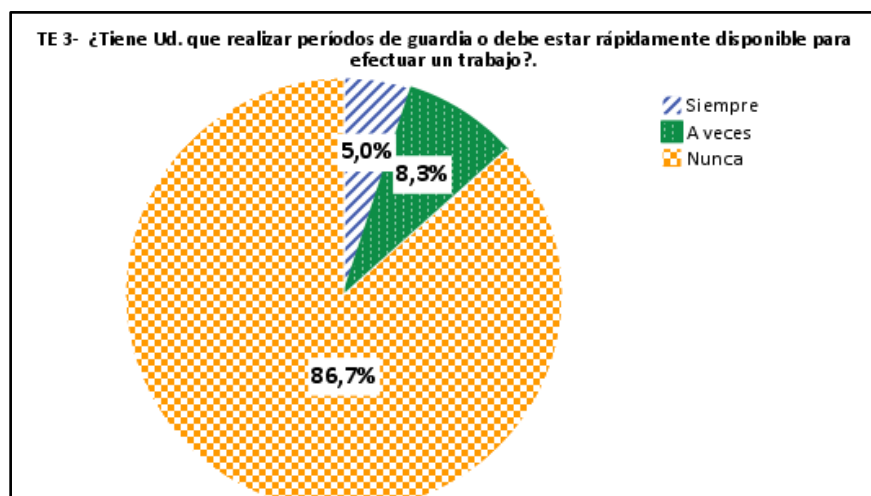
Cuando se preguntó si las horas que trabajan superando su horario normal les eran compensadas con horas o francos compensatorios, solo hubo 7 respuestas: el 14,3% (uno) contestó “Siempre”, el 14,3% (uno) “Casi siempre” y el 71,4% (cinco) respondió “Nunca” .



TE 3- ¿Tiene Ud. que realizar períodos de guardia o debe estar rápidamente disponible para efectuar un trabajo?

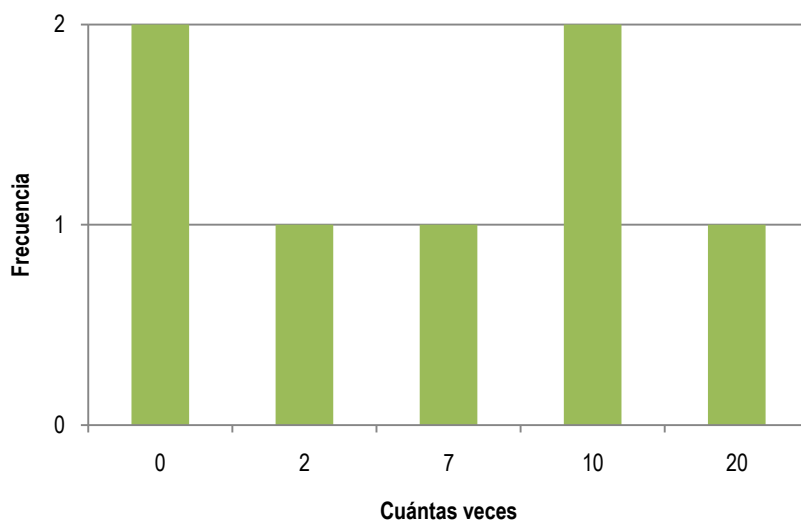
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	5,0
A veces	5	8,3
Nunca	52	86,7
Total	60	100,0

El 86,7% de las encuestadas respondió que “Nunca” tiene que realizar períodos de guardia o debe estar rápidamente disponible para efectuar un trabajo, mientras que sólo el 5% contestó “Siempre” y el 8,3% “A veces”.



TE 4- ¿Aproximadamente, cuántas veces realizó períodos de guardia o fue convocado rápidamente para hacer un trabajo en el último año?

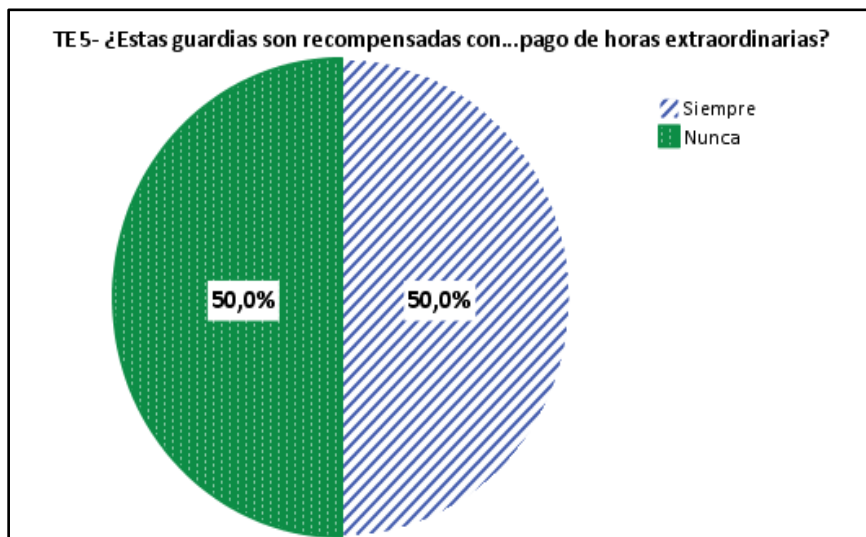
El 86,7% de las encuestadas respondió que “Nunca” tiene que realizar períodos de guardia o debe estar rápidamente disponible para efectuar un trabajo, mientras que sólo el 5% contestó “Siempre” y el 8,3% “A veces”.



TE 5- ¿Estas guardias son recompensadas con pago de horas extraordinarias?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	50,0
Nunca	3	50,0
Total	6	100,0

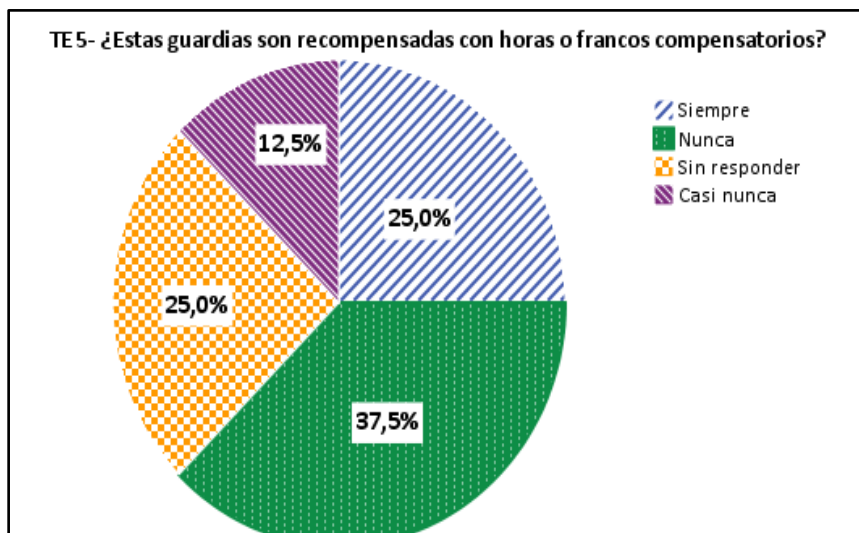
La respuesta de los que hacían guardias a la pregunta de si las mismas son recompensadas con pago de horas extraordinarias, fue muy clara: el 50% indicó “Siempre” y el 50% “Nunca”.



TE 5b- ¿Estas guardias son recompensadas con horas o francos compensatorios?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	25,0
Nunca	3	37,5
Sin responder	2	25,0
Casi nunca	1	12,5
Total	8	100,0

Cuando se preguntó si esas guardias son recompensadas con horas o francos compensatorios, el 25% indicó "Siempre", el 37,5% "Nunca", el 25% quedó "Sin responder" y el 12,5% respondió que "Casi nunca" puede acceder a los mismos.



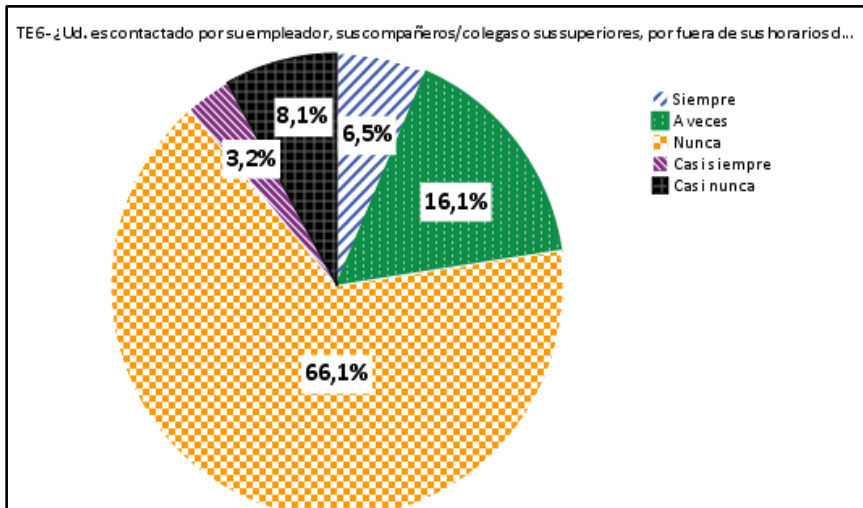
El 5% siempre y el 8,3% de las trabajadoras veces tienen que hacer guardias o estar rápidamente disponibles para efectuar un trabajo: de ellas la mitad son recompensadas con el pago de horas extraordinarias y el 25% con horas o francos compensatorios.

3.1.3. Situación de disponibilidad

TE 6- ¿Ud. es contactado por su empleador, sus compañeros/colegas o sus superiores, por fuera de sus horarios de trabajo, por asuntos laborales?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,5
A veces	10	16,1
Nunca	41	66,1
Casi siempre	2	3,2
Casi nunca	5	8,1
Total	62	100,0

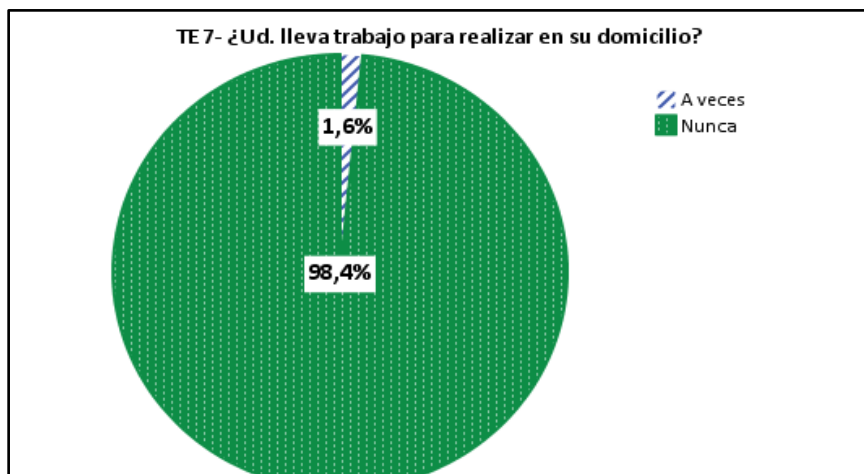
Pocas trabajadoras respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si eran contactadas por su empleador, sus compañeras/colegas o sus superiores por fuera de sus horarios de trabajo y por asuntos laborales: sólo el 6,5% indicó “Siempre”, el 3,2% “Casi siempre”, el 16,1% “A veces” (subtotal 25,8%), pero el 66,1% contestó “Nunca”, y el 8,1% “Casi nunca”.



TE 7- ¿Ud. lleva trabajo para realizar en su domicilio?

	Frecuencia	Porcentaje
A veces	1	1,6
Nunca	62	98,4
Total	63	100,0

Sólo el 1,6% (solo uno) respondió que “A veces” llevaban trabajo para realizar en sus domicilios.

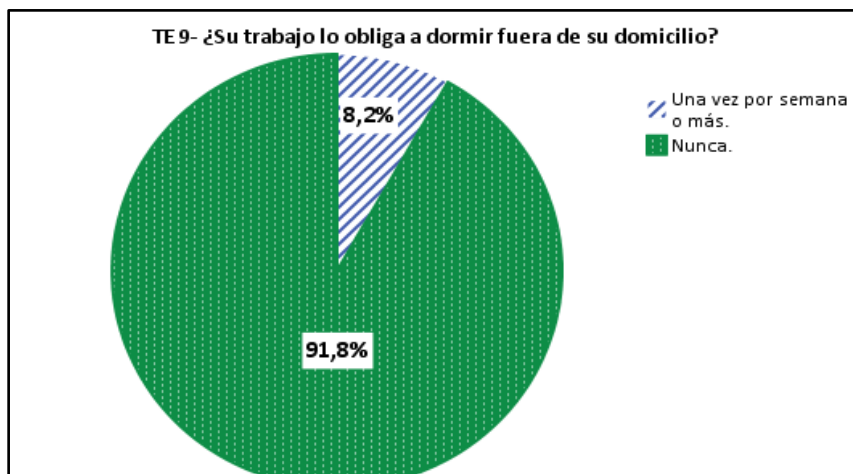


En cuanto a la exigencia de estar disponible y al servicio de la empresa, sólo el 6,5% respondió que siempre y el 16,1% que a veces son contactados por la empresa o sus compañeros por fuera de los horarios de trabajo y por asuntos laborales. Dada la naturaleza de las tareas, casi nadie lleva trabajos a realizar en sus domicilios.

TE 9- ¿Su trabajo lo obliga a dormir fuera de su domicilio?

	Frecuencia	Porcentaje
Una vez por semana o más	5	8,2
Nunca	56	91,8
Total	61	100,0

Solo el 8,2% (5 encuestados) contestó que su trabajo los obliga a dormir fuera de su domicilio una vez por semana o más, mientras que el 91,8% respondió "Nunca".

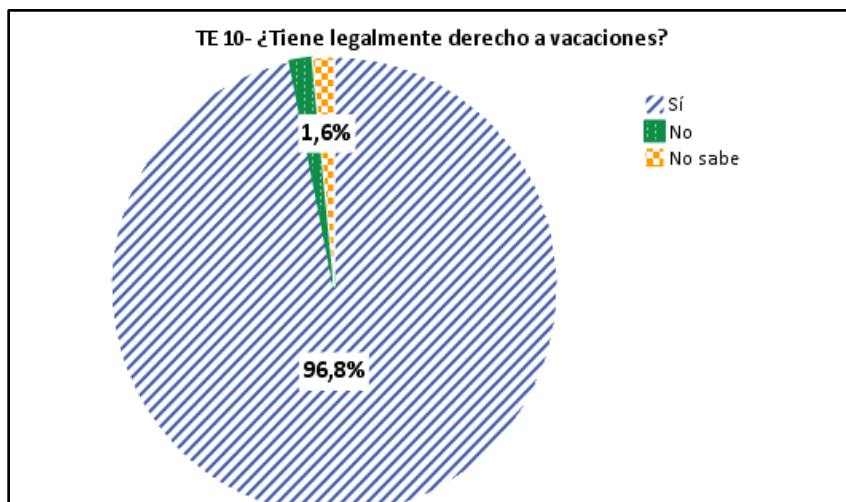


3.1.4. Vacaciones y posibilidad de ausentarse del lugar de trabajo

TE 10- ¿Tiene legalmente derecho a vacaciones?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	61	96,8
No	1	1,6
No sabe	1	1,6
Total	63	100,0

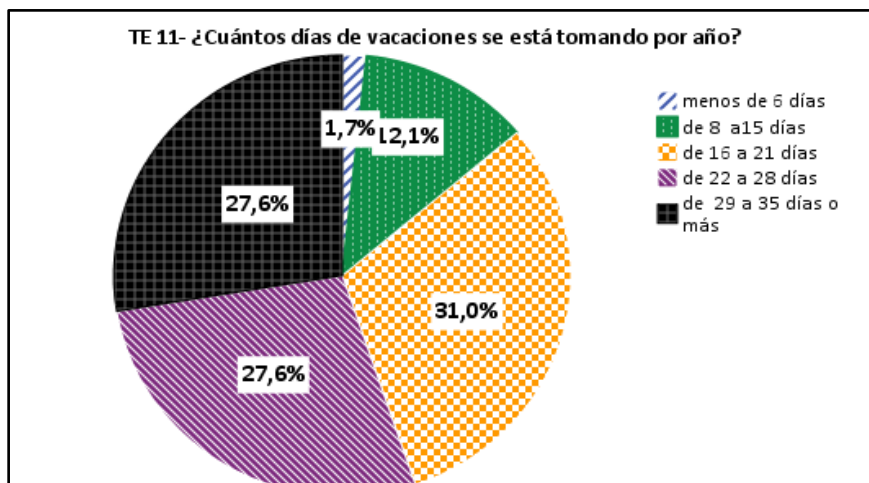
El 96,8% de las encuestadas contestó que “Sí” tiene legalmente derecho a vacaciones, mientras que el 1,6% respondió “No” y el 1,6% que “No sabe”.



TE 11- ¿Cuántos días de vacaciones se está tomando por año?

	Frecuencia	Porcentaje
menos de 6 días	1	1,7
de 8 a 15 días	7	12,1
de 16 a 21 días	18	31,0
de 22 a 28 días	16	27,6
de 29 a 35 días o más	16	27,6
Total	58	100,0

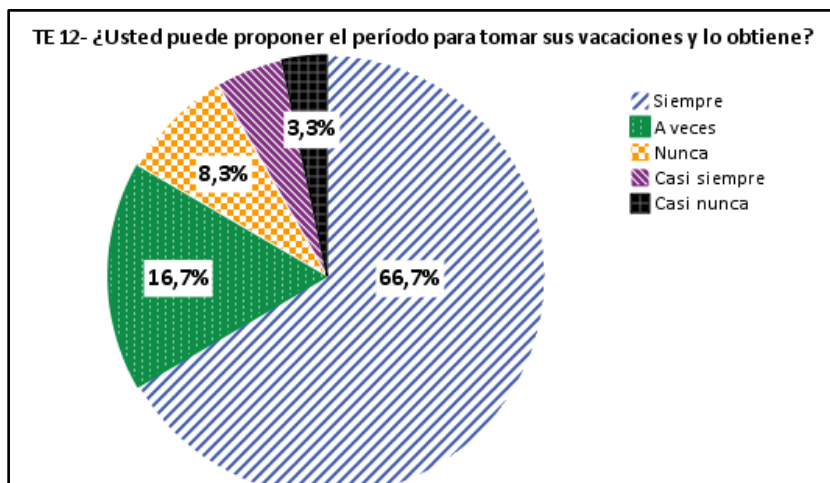
En respuesta a la pregunta sobre cuántos días de vacaciones se está tomando por año, el 1,7% contestó “menos de 6 días”, el 12,1% “de 8 a 15 días”, el 31% “de 16 a 21 días”, el 27,6% “de 22 a 28 días” y el 27,6% “de 29 a 35 días o más”. Estos días son esencialmente los que establece el convenio colectivo de trabajo en razón de la antigüedad en la empresa.



TE 12- ¿Usted puede proponer el período para tomar sus vacaciones y lo obtiene?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	40	66,7
A veces	10	16,7
Nunca	5	8,3
Casi siempre	3	5,0
Casi nunca	2	3,3
Total	60	100,0

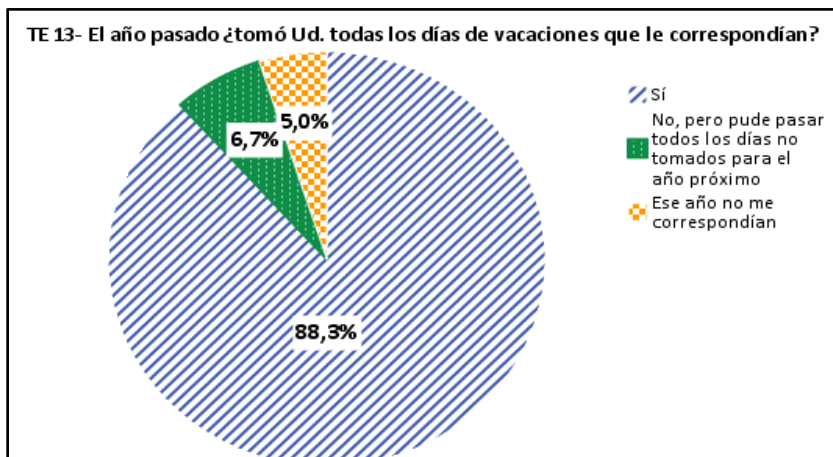
Solo “Casi nunca” el 8,3% y “Nunca” el 3,3% pueden proponer el período para tomar sus vacaciones (en total 11,6%), mientras que el 66,7% respondió que si puede “Siempre”, el 16,7% “A veces” y el 5% “Casi siempre”.



TE 13- El año pasado ¿tomó Ud. todas los días de vacaciones que le correspondían?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	53	88,3
No, pero pude pasar todos los días no tomados para el año próximo	4	6,7
Ese año no me correspondían	3	5,0
Total	60	100,0

Cuando se preguntó si el año pasado tomaron todas los días de vacaciones que le correspondían, el 88,3% indicó “Sí”, el 6,7% que “No” pero pudo pasar todos los días no tomados para el año próximo y el 5% respondió que “Este año no le correspondían”.f



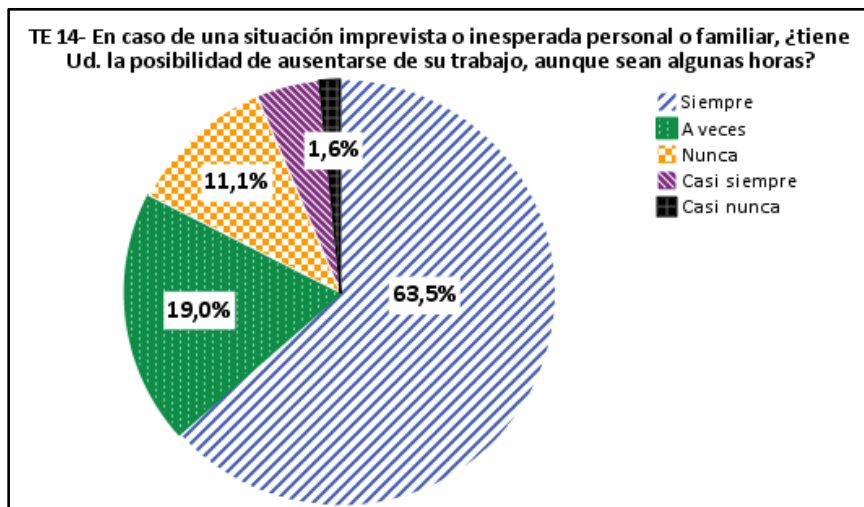
Dos tercios de las encuestadas pueden proponer y obtener el periodo para tomar sus vacaciones (pero un tercio no puede). La mayoría utilizan todos los días de licencia que le corresponden según la Legislación y el Convenio Colectivo de Trabajo.

TE 14- En caso de una situación imprevista o inesperada personal o familiar, ¿tiene Ud. la posibilidad de ausentarse de su trabajo, aunque sean algunas horas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	40	63,5
Casi siempre	3	4,8
A veces	12	19,0
Casi nunca	1	1,6
Nunca	7	11,1
Total	63	100,0

En caso de ocurrir una situación imprevista o inesperada personal o familiar, el 63,5% contestó que “Siempre”, el 4,8% “Casi siempre”, el

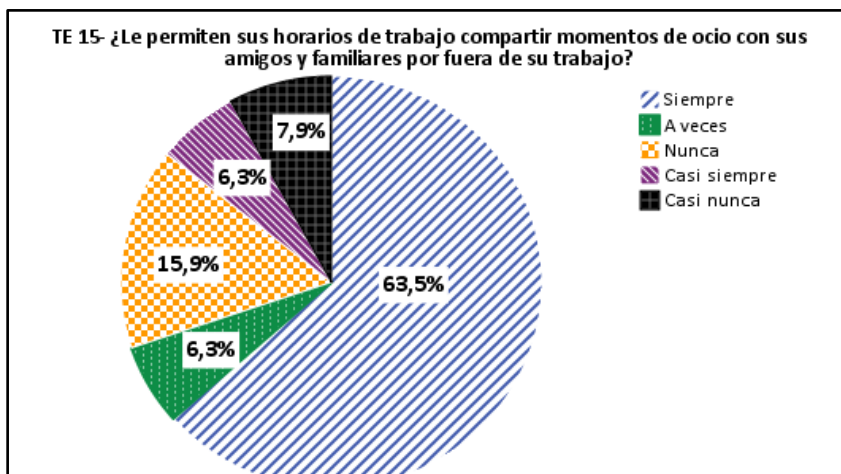
19% “A veces”, tienen la posibilidad de ausentarse de su trabajo, aunque sean algunas horas, mientras que sólo el 1,6% respondió “Casi nunca” y el 11,1% “Nunca”.



TE 15- ¿Le permiten sus horarios de trabajo compartir momentos de ocio con sus amigos y familiares por fuera de su trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	40	63,5
Casi siempre	4	6,3
A veces	4	6,3
Casi nunca	5	7,9
Nunca	10	15,9
Total	63	100,0

Los horarios de trabajo les permiten “Siempre” compartir momentos de ocio con sus amigos y familiares por fuera de su trabajo al 63,5% de los encuestados, mientras que el 6,3% contestó “Casi siempre”, el 6,3% “A veces” (en total 76,1%), el 7,9% “Casi nunca” y el 15,9% “Nunca”.



3.1.5. Visión de conjunto sobre la duración y configuración del tiempo de trabajo

La jornada de trabajo de la mayoría es larga (el 90,5% trabaja 45 o más horas), el 91,2% trabaja 6 o más días por semana, y el 70,4% no tiene nunca o casi nunca 48 horas de descanso en una semana para recuperarse de la fatiga. Casi el 90% trabaja siempre, casi siempre o a veces los sábados, y con la misma frecuencia casi el 80% trabaja siempre o a veces los días domingos.

Existe entonces rigidez y una fuerte restricción de días y horarios de trabajo por parte de la empresa para la inmensa mayoría de las encuestadas.

Ellas conocen con anterioridad los próximos días y horarios que establece la empresa y son muy pocas (menos de 13%) las que, en caso de necesidad, no pueden modificar los horarios arreglándose con los compañeros (la mayoría lo puede hacer por un clima de solidaridad, recibiendo un apoyo social). Más del 17% trabaja siempre o a veces de noche o por turnos y un 10% hacen más horas que las que corresponde por Ley o Convenio Colectivo, pero al 28,6% no se le pagan como horas extras y el 86,7% no recibe francos compensatorios.

El 5% siempre y el 8,3% a veces tienen que hacer guardias o estar rápidamente disponibles para efectuar un trabajo: de ellas la mitad son recompensadas con el pago de horas extraordinarias y el 25% con horas o francos compensatorios.

En cuanto a la exigencia de estar disponibles y al servicio de la empresa, sólo el 6,5% respondió que siempre y el 16,1% que a veces son contactadas por la empresa o sus compañeros por fuera de los horarios de trabajo y por asuntos laborales, pero casi nadie lleva trabajos a realizar en sus domicilios.

El 8,3% tiene que dormir fuera de su domicilio una vez por semana o más.

Dos tercios de las encuestadas pueden proponer y obtener el periodo para tomar sus vacaciones y la mayoría utilizan todos los días de licencia que le corresponden.

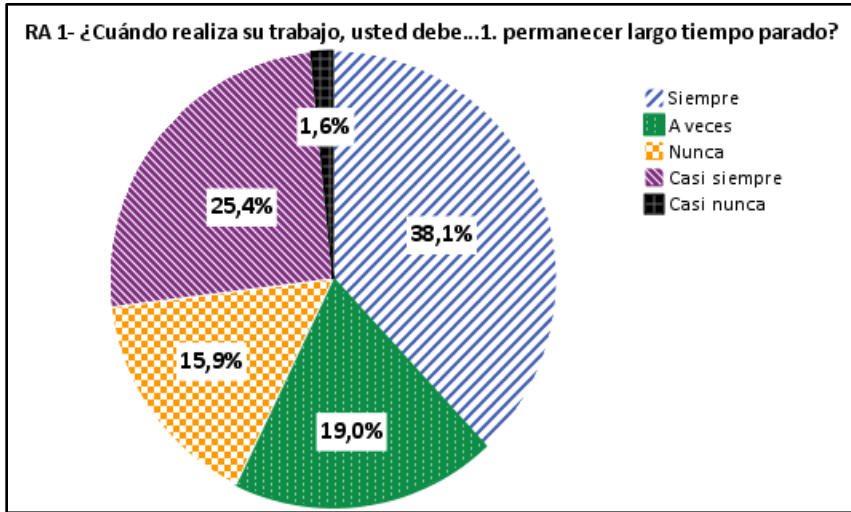
3.2. Condiciones de trabajo

A las preguntas sobre los gestos y posturas adoptadas cuando realizaban su trabajo, las encuestadas contestaron que:

RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe permanecer largo tiempo parado?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	38,1
Casi siempre	16	25,4
A veces	12	19,0
Casi nunca	1	1,6
Nunca	10	15,9
Total	63	100,0

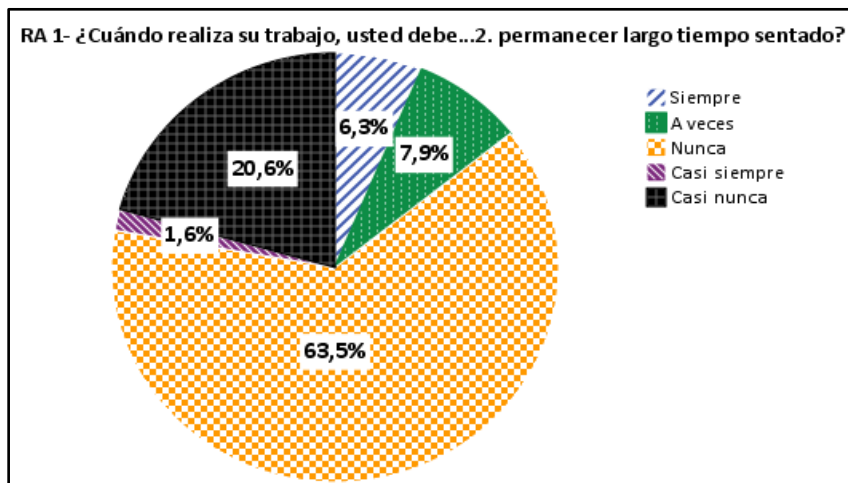
Deben permanecer largo tiempo parados, el 38,1% “Siempre”, el 25,4% “Casi siempre”, el 19% “A veces”, (82,5% en total) el 1,6% “Casi nunca” y el 15,9% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe permanecer largo tiempo sentado?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,3
Casi siempre	1	1,6
A veces	5	7,9
Casi nunca	13	20,6
Nunca	40	63,5
Total	63	100,0

Deben permanecer largo tiempo sentados el 6,3% “Siempre”, el 1,6% “Casi siempre”, el 7,9% “A veces”, el 20,6% “Casi nunca” y el 63,5% “Nunca”.

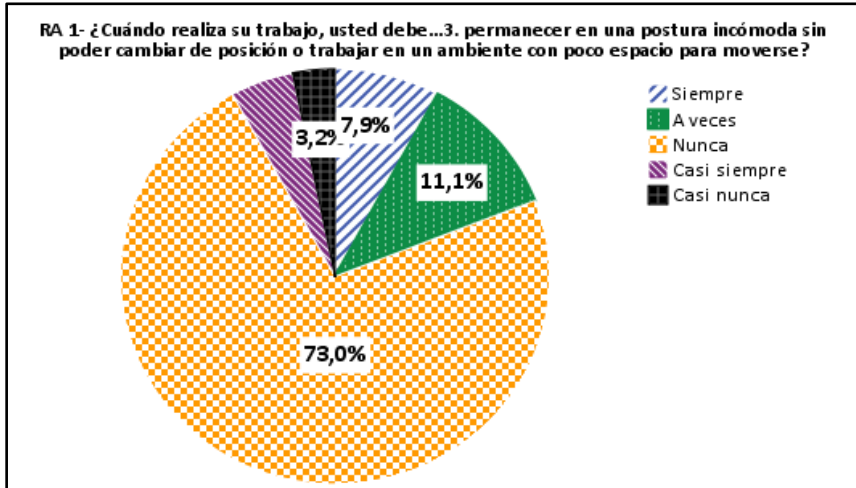


RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe permanecer en una postura incómoda sin poder cambiar de posición o trabajar en un ambiente con poco espacio para moverse?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	7,9
Casi siempre	3	4,8
A veces	7	11,1
Casi nunca	2	3,2
Nunca	46	73,0
Total	63	100,0

Deben permanecer en una postura incómoda sin poder cambiar de posición o trabajar en un ambiente con poco espacio para moverse, el

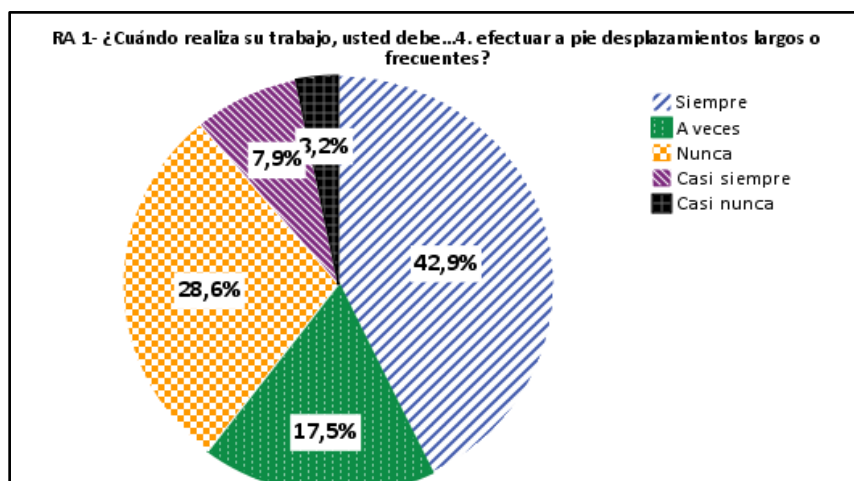
7,9% “Siempre”, el 4,8% “Casi siempre”, el 11,1% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” (27,0% en total) y el 73% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe efectuar a pie desplazamientos largos o frecuentes?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	27	42,9
Casi siempre	5	7,9
A veces	11	17,5
Casi nunca	2	3,2
Nunca	18	28,6
Total	63	100,0

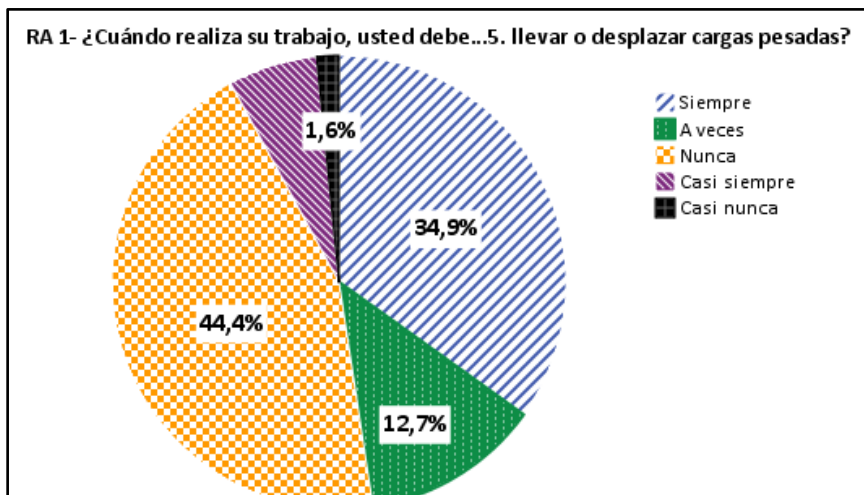
Deben efectuar a pie desplazamientos largos o frecuentes, el 42,9% “Siempre”, el 7,9% “Casi siempre”, el 17,5% “A veces” (31,8% en total), el 3,2% “Casi nunca” y el 28,6% “Nunca”.



RA 1- Cuando realiza su trabajo, Ud. debe ...5 . Llevar cargas pesadas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	22	34,9
Casi siempre	4	6,3
A veces	8	12,7
Casi nunca	1	1,6
Nunca	28	44,4
Total	63	100,0

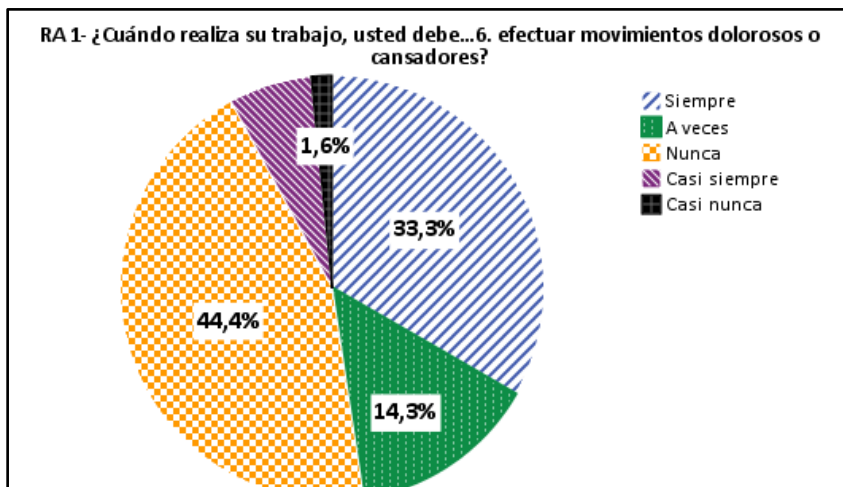
En respuesta a la pregunta “RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe llevar o desplazar cargas pesadas?” el 34,9% indicó “Siempre”, el 6,3% “Casi siempre”, el 12,7% “A veces” (55,6% en total), el 1,6% “Casi nunca” y el 44,4% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe efectuar movimientos dolorosos o cansadores?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	21	33,3
Casi siempre	4	6,3
A veces	9	14,3
Casi nunca	1	1,6
Nunca	28	44,4
Total	63	100,0

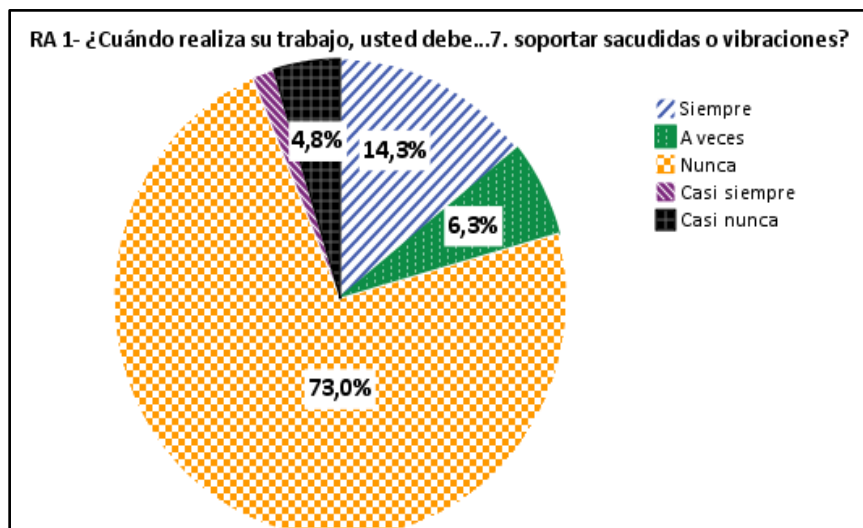
Deben efectuar movimientos dolorosos o cansadores el 33,3% “Siempre”, el 6,3% “Casi siempre”, el 14,3% “A veces” (54% en total), el 1,6% “Casi nunca” y el 44,4% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe soportar sacudidas o vibraciones?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	14,3
Casi siempre	1	1,6
A veces	4	6,3
Casi nunca	3	4,8
Nunca	46	73,0
Total	63	100,0

Deben soportar sacudidas o vibraciones, “Siempre” el 14,3%, el 1,6% “Casi siempre”, el 6,3% “A veces”, el 4,8% “Casi nunca” y el 73% “Nunca”.



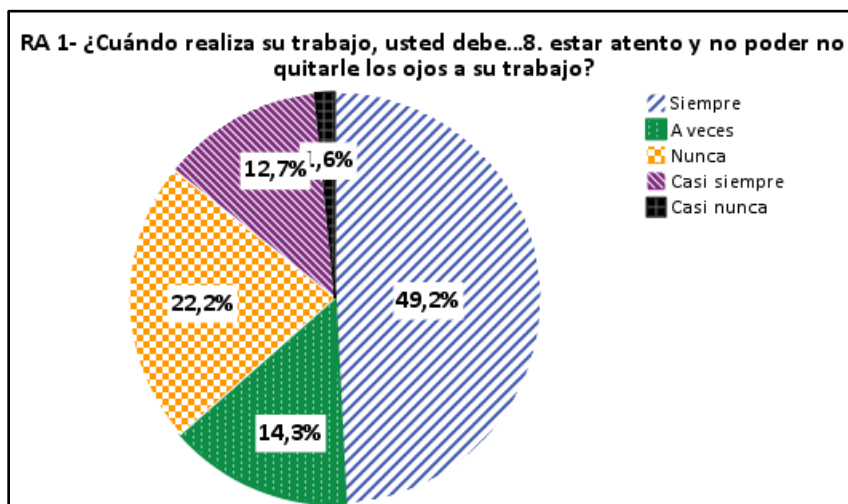
Los trabajos que se llevan a cabo en la clínica provocan una elevada carga física, pues exigen hacer gestos y adoptar posturas que generan fatiga y dolores. Casi el 80% debe trabajar siempre o a veces mucho tiempo paradas, un cuarto de las encuestadas debe permanecer diariamente en una postura incómoda sin poder cambiar de posición o en un ambiente con poco espacio para moverse. Es sorprendente que más del 40% declaró tener que llevar o descargar cargas pesadas y más de la mitad debe efectuar movimientos dolorosos o cansadores. Esto explica la gran cantidad de dolencias provocadas por trastornos musculoesqueléticos (las más frecuentes) y el elevado consumo de analgésicos y otros calmantes.

Todo esto vulnera la autoestima y perjudica la salud.

RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe estar atento y no puede quitarle los ojos a su trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	31	49,2
Casi siempre	8	12,7
A veces	9	14,3
Casi nunca	1	1,6
Nunca	14	22,2
Total	63	100,0

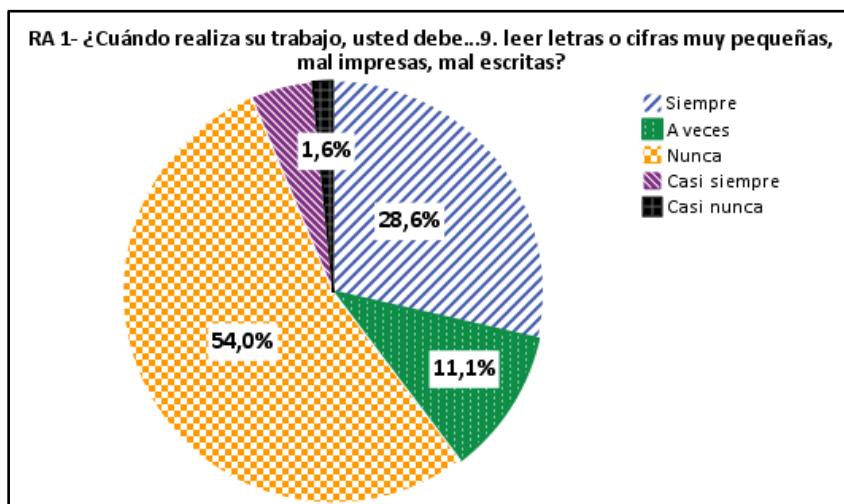
Deben estar atentos y no pueden quitarle los ojos a su trabajo ”el 49,2% “Siempre”, el 12,7% “Casi siempre”, el 14,3% “A veces” (77,8% en total) , el 1,6% “Casi nunca” y el 22,2% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe leer letras o cifras muy pequeñas, mal impresas, mal escritas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	18	28,6
Casi siempre	3	4,8
A veces	7	11,1
Casi nunca	1	1,6
Nunca	34	54,0
Total	63	100,0

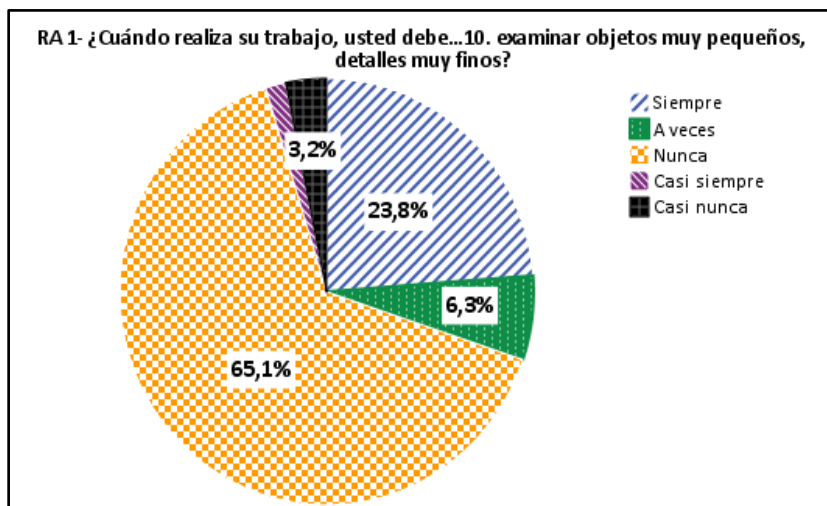
El 28,6% contestó que “Siempre” deben leer letras o cifras muy pequeñas, mal impresas, mal escritas, el 4,8% “Casi siempre”, el 11,1% “A veces”, el 1,6% “Casi nunca” y el 54% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe examinar objetos muy pequeños, detalles muy finos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	15	23,8
Casi siempre	1	1,6
A veces	4	6,3
Casi nunca	2	3,2
Nunca	41	65,1
Total	63	100,0

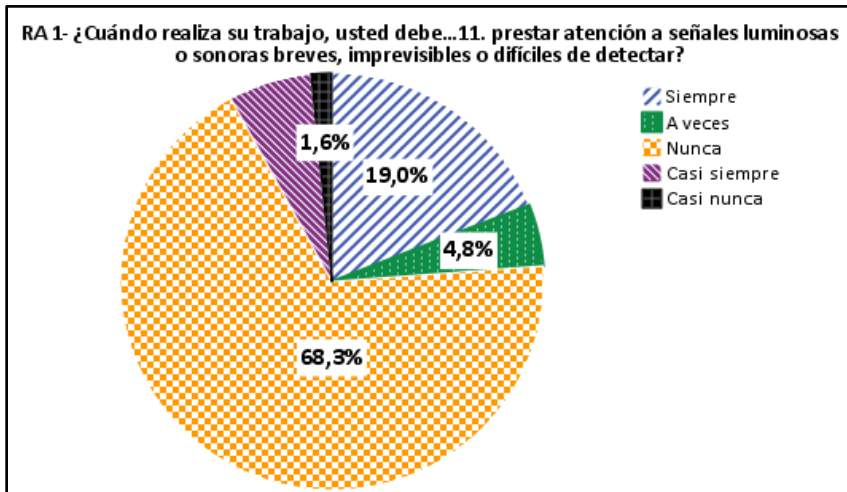
Deben examinar objetos muy pequeños, detalles muy finos, “Siempre” el 23,8%, el 1,6% “Casi siempre”, el 6,3% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” y el 65,1% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe prestar atención a señales luminosas o sonoras breves, imprevisibles o difíciles de detectar?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	12	19,0
Casi siempre	4	6,3
A veces	3	4,8
Casi nunca	1	1,6
Nunca	43	68,3
Total	63	100,0

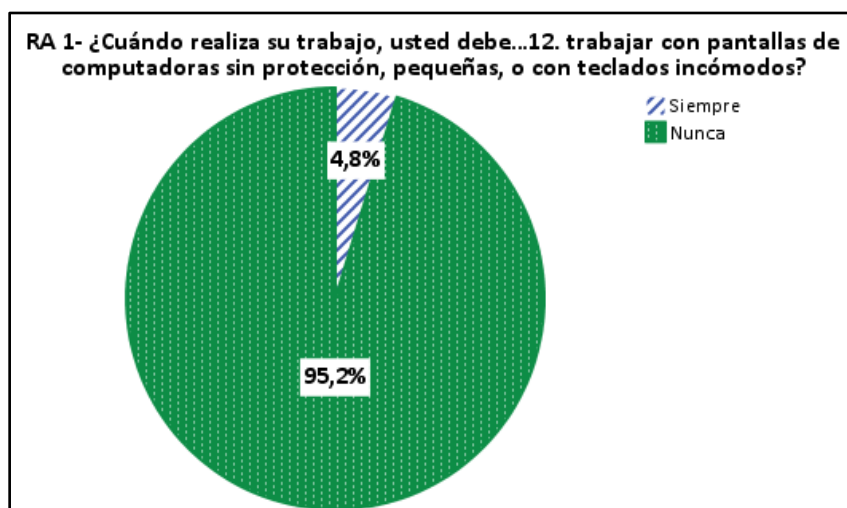
El 19% “Siempre” debe prestar atención a señales luminosas o sonoras breves, imprevisibles o difíciles de detectar, el 6,3% “Casi siempre”, el 4,8% “A veces”, el 1,6% “Casi nunca” y el 68,3% “Nunca”.



RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe trabajar con pantallas de computadoras sin protección, pequeñas, o con teclados incómodos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	4,8
Nunca	60	95,2
Total	63	100,0

Deben trabajar con pantallas de computadoras sin protección, pequeñas, o con teclados incómodos “Siempre” el 4,8%, pero sorprendentemente el 95,2% contestó “Nunca”.



También las trabajadoras experimentan una elevada carga mental aunque la misma esté invisibilizada.

Es un trabajo que requiere estar concentradas y muy atentas dado que está en juego la vida y la salud de otros. Se debe reflexionar para hacer

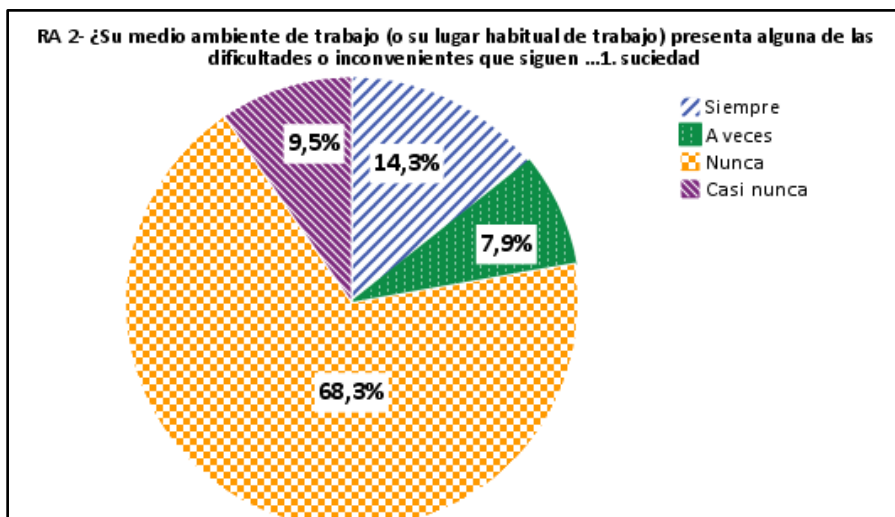
frente a los incidentes, memorizar las recetas y verificar la adecuación de los tratamientos, anticiparse a las demandas de los pacientes o familiares y prestar atención a señales luminosas o sonoras difíciles de detectar; es necesario prestar atención para leer o interpretar cifras o letras escritas de manera poco clara (característica de la caligrafía de los profesionales de la medicina) y examinar objetos muy pequeños.

Todo esto intensifica la carga mental.

RA 2- Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: suciedad

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	14,3
A veces	5	7,9
Casi nunca	6	9,5
Nunca	43	68,3
Total	63	100,0

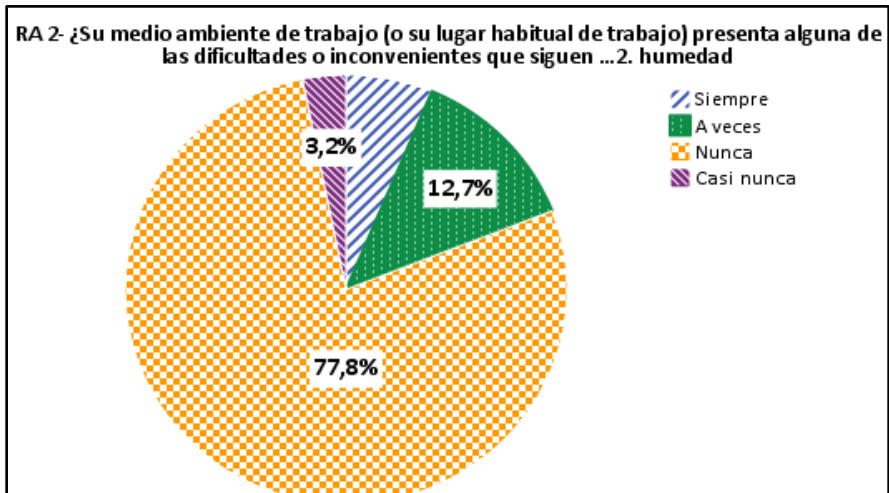
Trabajan expuestas a suciedad, el 14,3% “Siempre”, el 7,9% “A veces”, el 9,5% “Casi nunca” y el 68,3% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: humedad

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,3
A veces	8	12,7
Casi nunca	2	3,2
Nunca	49	77,8
Total	63	100,0

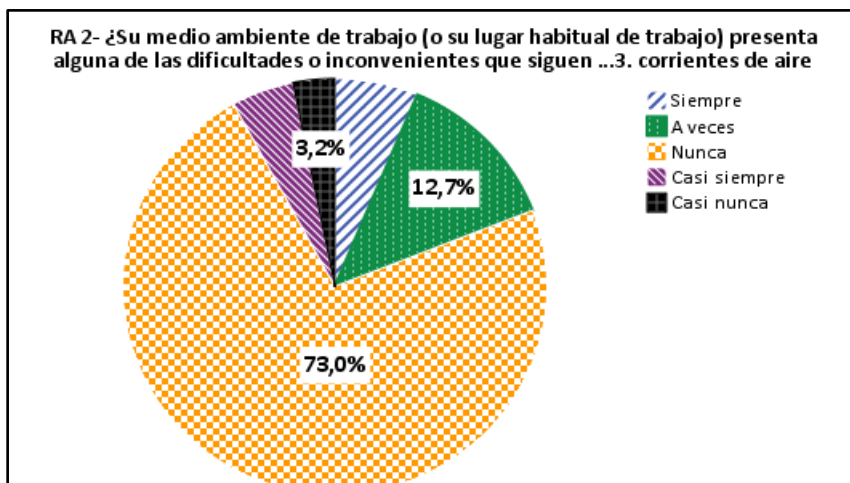
Trabajan expuestas a la humedad, el 6,3% “Siempre”, el 12,7% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero el 77,8% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: corrientes de aire

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,3
Casi siempre	3	4,8
A veces	8	12,7
Casi nunca	2	3,2
Nunca	46	73,0
Total	63	100,0

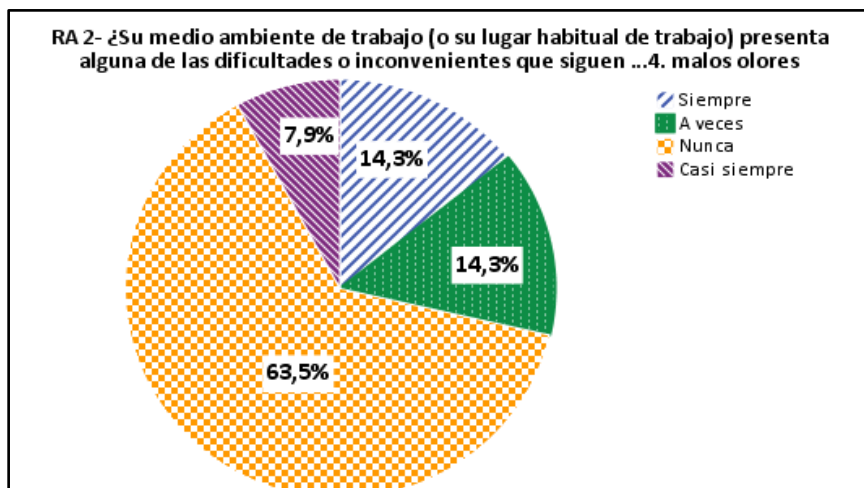
Trabajan expuestas a corrientes de aire, el 6,3% “Siempre”, el 4,8% “Casi siempre”, el 12,7% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero el 73% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: malos olores.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	14,3
Casi siempre	5	7,9
A veces	9	14,3
Nunca	40	63,5
Total	63	100,0

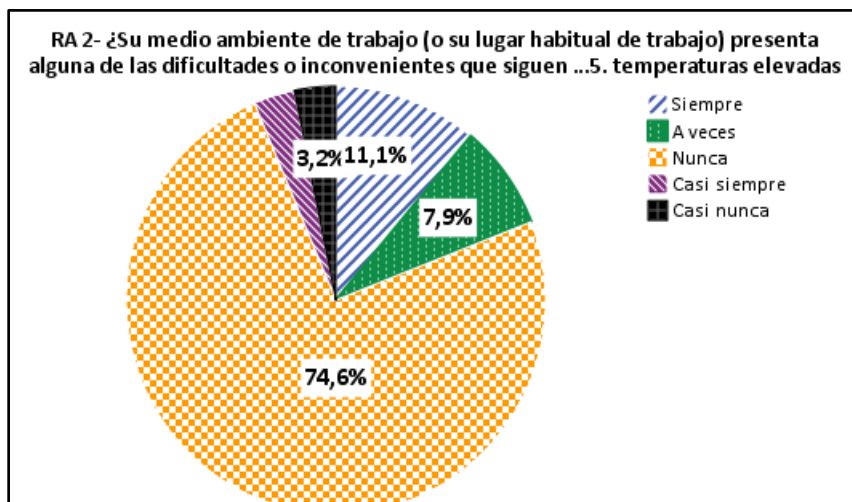
Trabajan expuestas a malos olores “Siempre” el 14,3%, el 7,9% “Casi siempre”, el 14,3% “A veces” pero el 63,5% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: temperaturas elevadas,

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	11,1
Casi siempre	2	3,2
A veces	5	7,9
Casi nunca	2	3,2
Nunca	47	74,6
Total	63	100,0

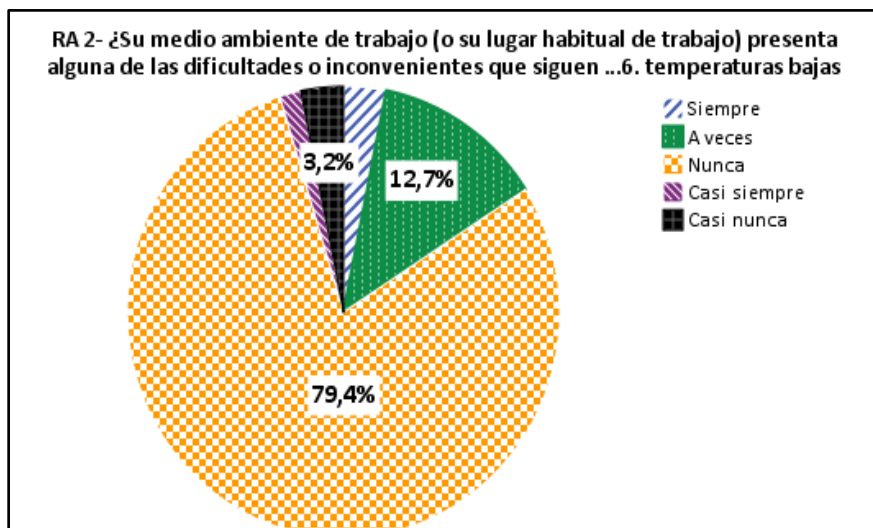
Trabajan “Siempre” expuestas a temperaturas elevadas el 11,1%, el 3,2% “Casi siempre”, el 7,9% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero el 74,6% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: temperaturas bajas.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
Casi siempre	1	1,6
A veces	8	12,7
Casi nunca	2	3,2
Nunca	50	79,4
Total	63	100,0

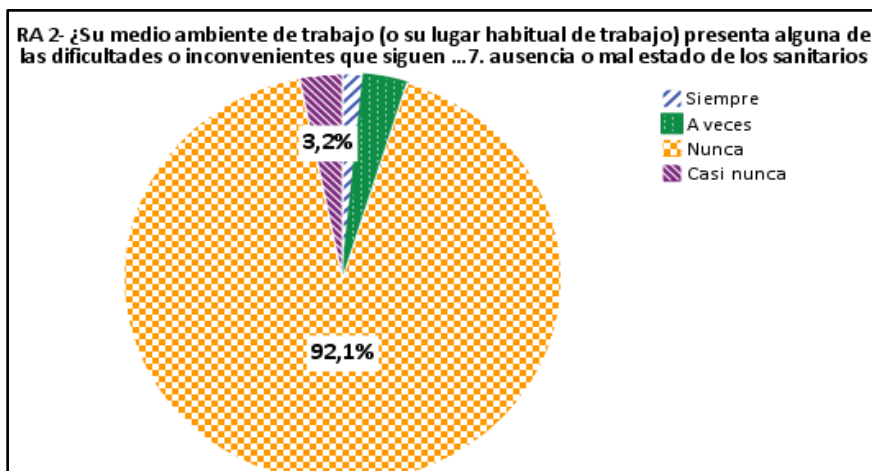
Trabajan “Siempre”, expuestas a temperaturas bajas el 3,2%, el 1,6% “Casi siempre”, el 12,7% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero el 79,4% respondió “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: ausencia o mal estado de los sanitarios

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1,6
A veces	2	3,2
Casi nunca	2	3,2
Nunca	58	92,1
Total	63	100,0

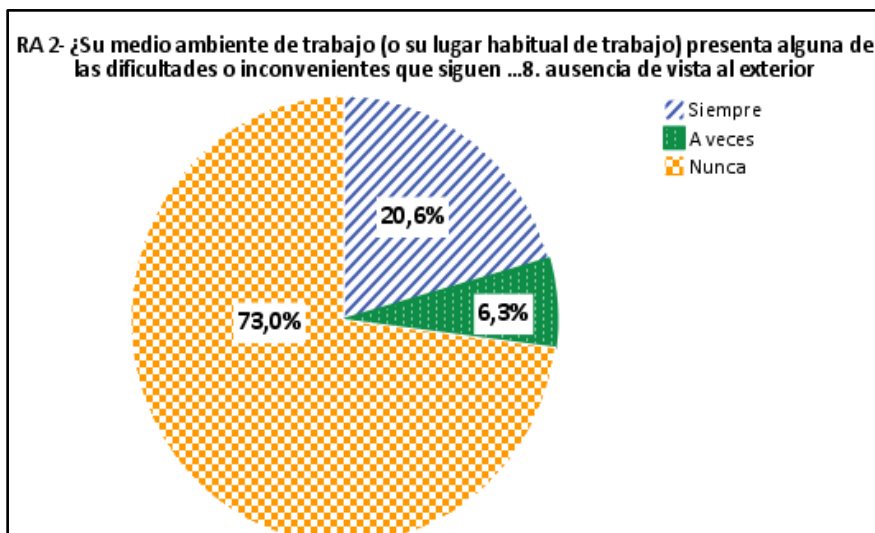
El 1,6% “Siempre” trabaja expuestas a la ausencia o mal estado de los sanitarios, el 3,2% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero el 92,1% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: ausencia de vista al exterior.

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	20,6
A veces	4	6,3
Nunca	46	73,0
Total	63	100,0

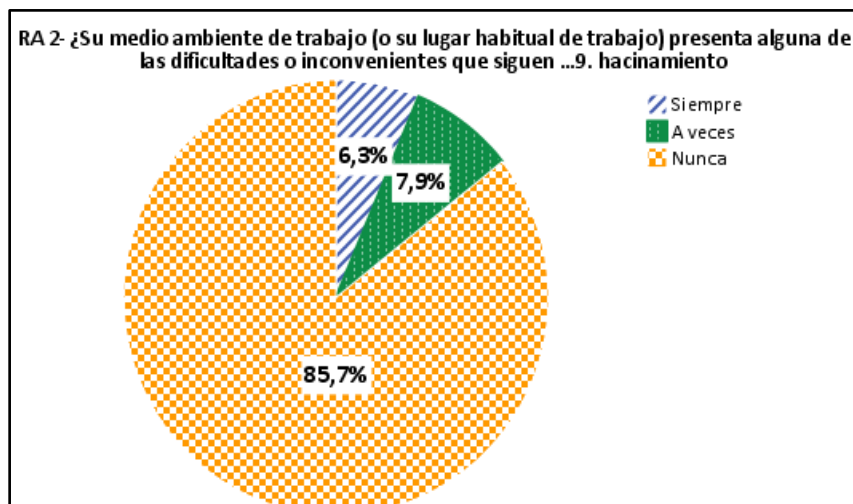
El 20,6% “Siempre” trabaja con ausencia de vista al exterior, el 6,3% “A veces” pero el 73% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: hacinamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,3
A veces	5	7,9
Nunca	54	85,7
Total	63	100,0

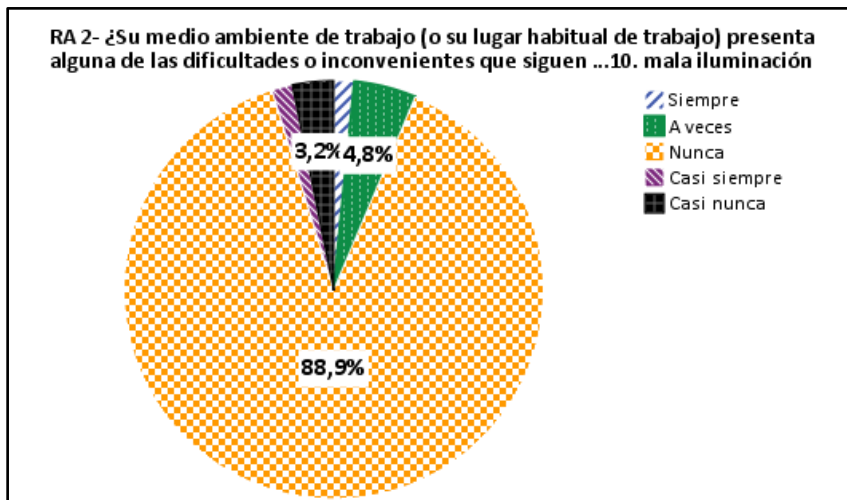
Trabajan expuestas al hacinamiento el 6,3% “Siempre”, el 7,9% “A veces” pero el 85,7% “Nunca”.



RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen: mala iluminación

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1,6
Casi siempre	1	1,6
A veces	3	4,8
Casi nunca	2	3,2
Nunca	56	88,9
Total	63	100,0

Trabajan expuestas a la mala iluminación el 1,6% “Siempre”, el 1,6% “Casi siempre”, el 4,8% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero el 88,9% “Nunca”.



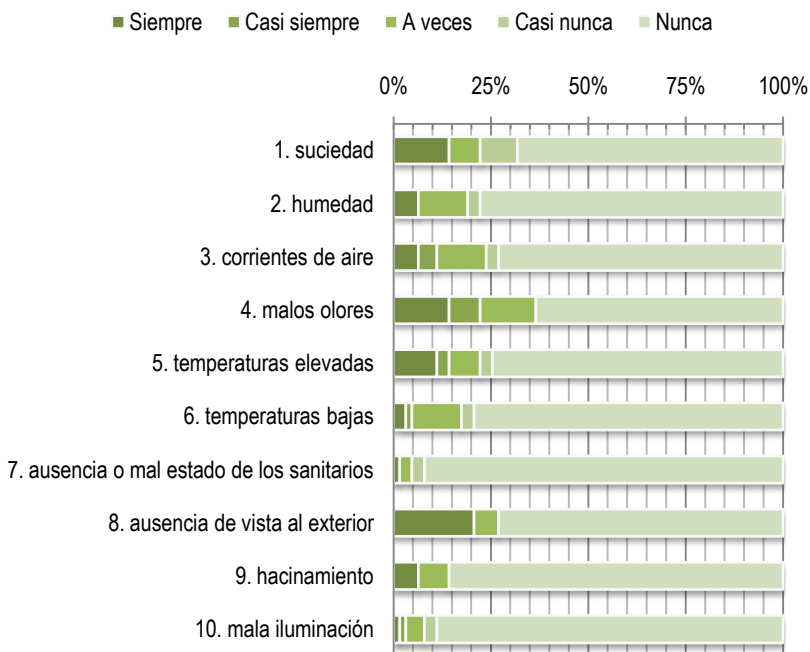
3.2.1. Visión de conjunto

Los riesgos del medio ambiente físico de trabajo

Los clásicos riesgos del medio ambiente físico de trabajo están presentes, y muchas trabajadoras declararon sufrirlos siempre o a veces: más del 22% percibe suciedad, y humedad; casi el 20% debe soportar las corrientes de aire; un tercio percibe malos olores, un 25% está expuesta a temperaturas elevadas y menos del 20% a bajas temperaturas, pero pocas manifestaron tener que trabajar en condiciones de hacinamiento o con mala iluminación.

Probablemente algunas encuestadas sufren varios de estos riesgos al mismo tiempo, potenciando los efectos dañinos para la salud.

RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen ...

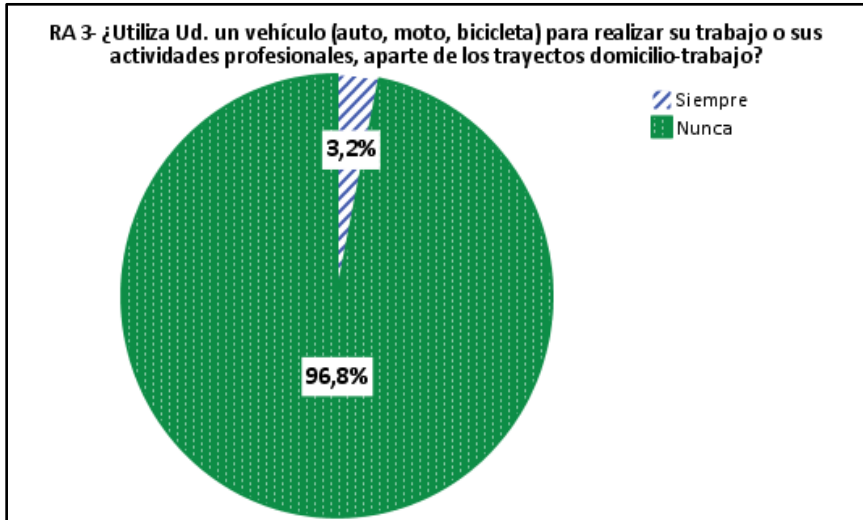


Uso de medios de transporte en el lugar de trabajo

RA 3- ¿Utiliza Ud. un vehículo (auto, moto, bicicleta) para realizar su trabajo o sus actividades profesionales, aparte de los trayectos domicilio-trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
Nunca	61	96,8
Total	63	100,0

Sólo el 3,2% “Siempre” y el 96,8% “Nunca” utilizan un vehículo (auto, moto, bicicleta) para realizar su trabajo o sus actividades profesionales, aparte de los trayectos domicilio-trabajo.



RA 4- ¿Cuántos kilómetros en promedio recorre Ud. por su trabajo en ese vehículo?

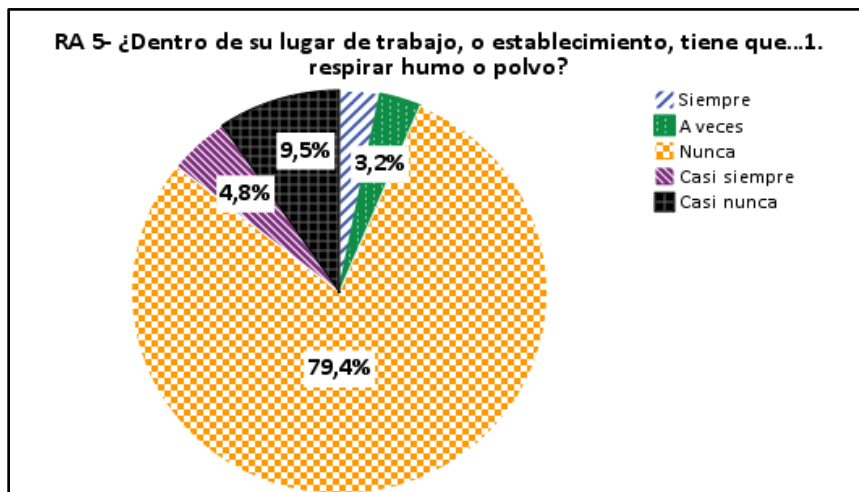
Respondieron dos trabajadoras a esta pregunta, una indicó 10 y la otra 100 km.

Riesgos del medio ambiente químico y biológico

RA 5- ¿Dentro de su lugar de trabajo, o establecimiento, tiene que respirar humo o polvo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
Casi siempre	3	4,8
A veces	2	3,2
Casi nunca	6	9,5
Nunca	50	79,4
Total	63	100,0

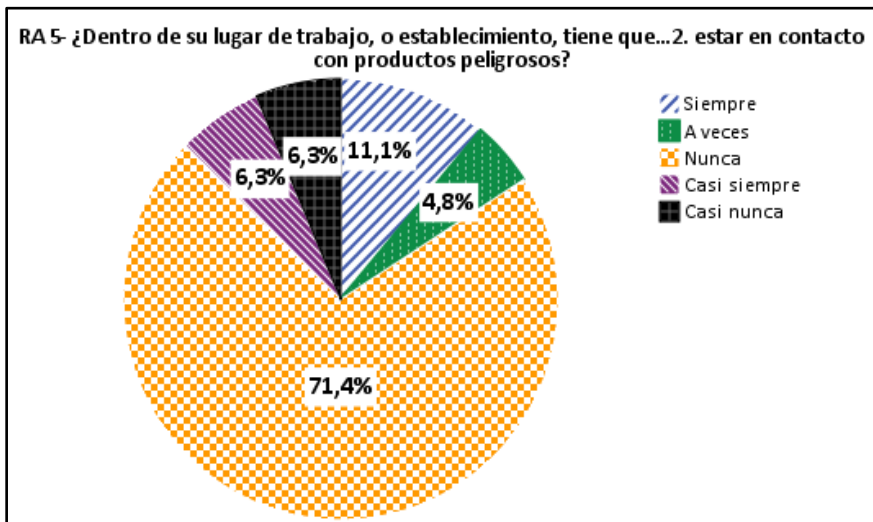
Deben respirar humo o polvo el 3,2% “Siempre”, el 4,8% “Casi siempre”, el 3,2% “A veces”, el 9,5% “Casi nunca” pero el 79,4% “Nunca”.



A 5- ¿Dentro de su lugar de trabajo, o establecimiento, tiene que estar en contacto con productos peligrosos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	11,1
Casi siempre	4	6,3
A veces	3	4,8
Casi nunca	4	6,3
Nunca	45	71,4
Total	63	100,0

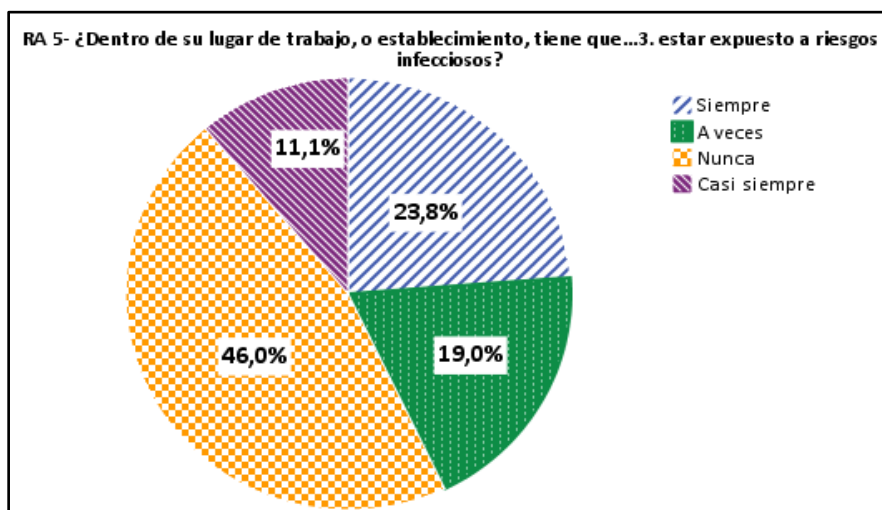
Deben estar en contacto con productos peligrosos, el 11,1% “Siempre”, el 6,3% “Casi siempre”, el 4,8% “A veces”, el 6,3% “Casi nunca” pero el 71,4% “Nunca”.



RA 5- ¿Dentro de su lugar de trabajo, o establecimiento, tiene que estar expuesto a riesgos infecciosos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	15	23,8
Casi siempre	7	11,1
A veces	12	19,0
Nunca	29	46,0
Total	63	100,0

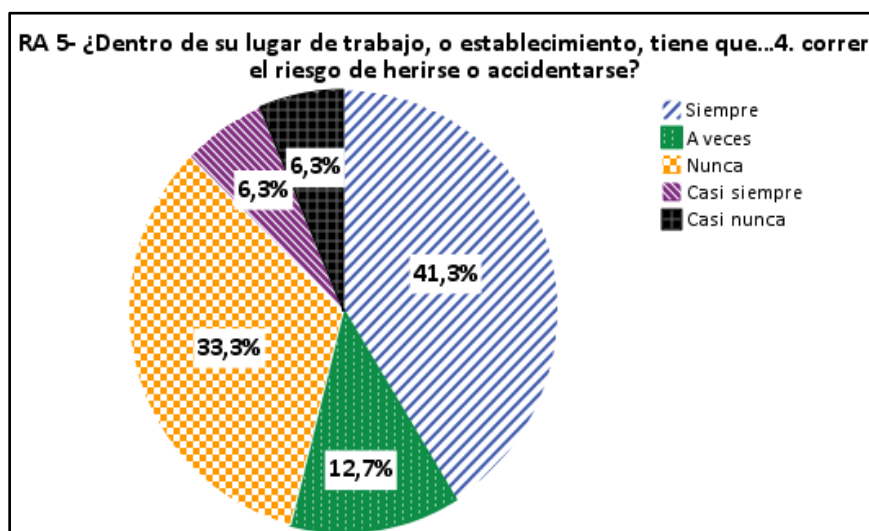
Deben estar expuesta a riesgos infecciosos, el 23,8% “Siempre”, el 11,1% “Casi siempre”, el 19% “A veces”, pero el 46% “Nunca”.



RA 5- ¿Dentro de su lugar de trabajo, o establecimiento, tiene que correr el riesgo de herirse o accidentarse?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	26	41,3
Casi siempre	4	6,3
A veces	8	12,7
Casi nunca	4	6,3
Nunca	21	33,3
Total	63	100,0

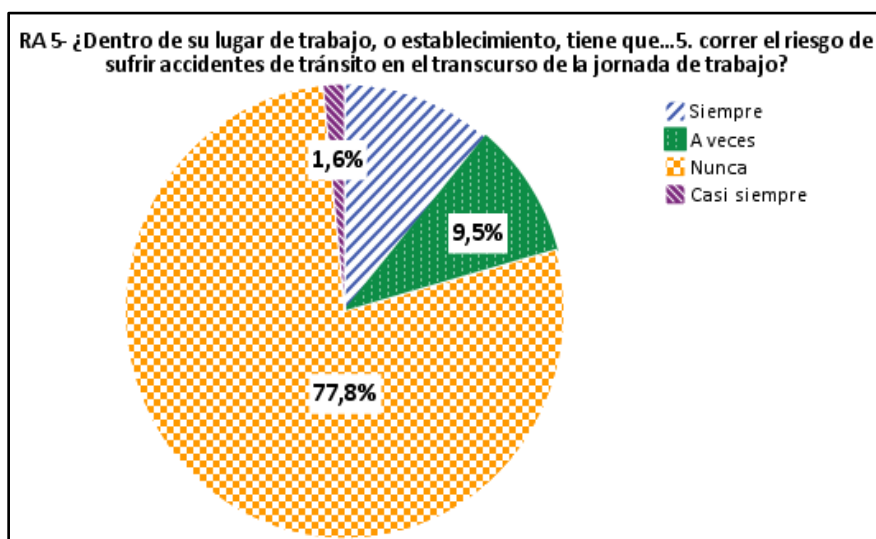
Están expuestas a correr el riesgo de herirse o accidentarse el 41,3% “Siempre”, el 6,3% “Casi siempre”, el 12,7% “A veces”, el 6,3% “Casi nunca” y el 33,3% “Nunca”.



RA 5- ¿Dentro de su lugar de trabajo, o establecimiento, tiene que correr el riesgo de sufrir accidentes de tránsito en el transcurso de la jornada de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	11,1
Casi siempre	1	1,6
A veces	6	9,5
Nunca	49	77,8
Total	63	100,0

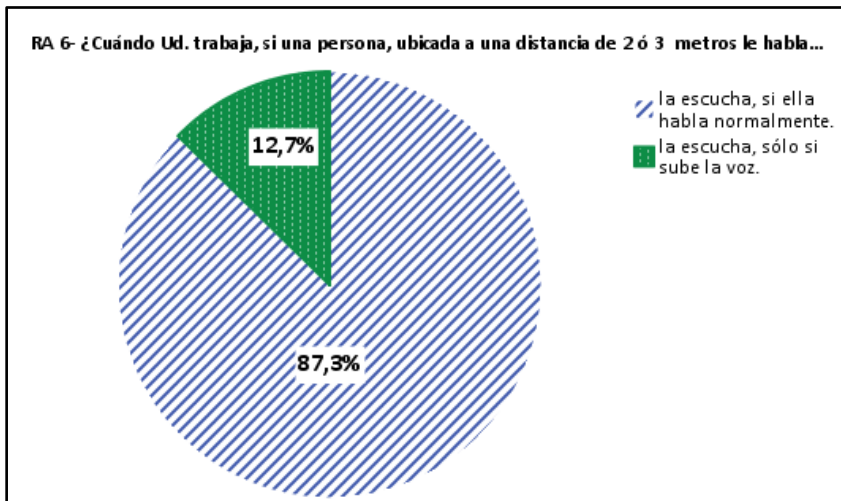
Corrían el riesgo de sufrir accidentes de tránsito en el transcurso de la jornada de trabajo, el 11,1% “Siempre”, el 1,6% “Casi siempre”, el 9,5% “A veces” pero el 77,8% “Nunca”.



RA 6- ¿Cuándo Ud. trabaja, si una persona, ubicada a una distancia de 2 ó 3 metros le habla...

	Frecuencia	Porcentaje
la escucha, si ella habla normalmente.	55	87,3
la escucha, sólo si sube la voz.	8	12,7
Total	63	100,0

Cuando trabajan, si una persona, ubicada a una distancia de 2 ó 3 metros les hablaba, el 87,3% contestó que la escucha si ella habla normalmente pero el 12,7% la escucha, sólo si sube la voz. Este es un indicador de predisposición a la hipoacusia.

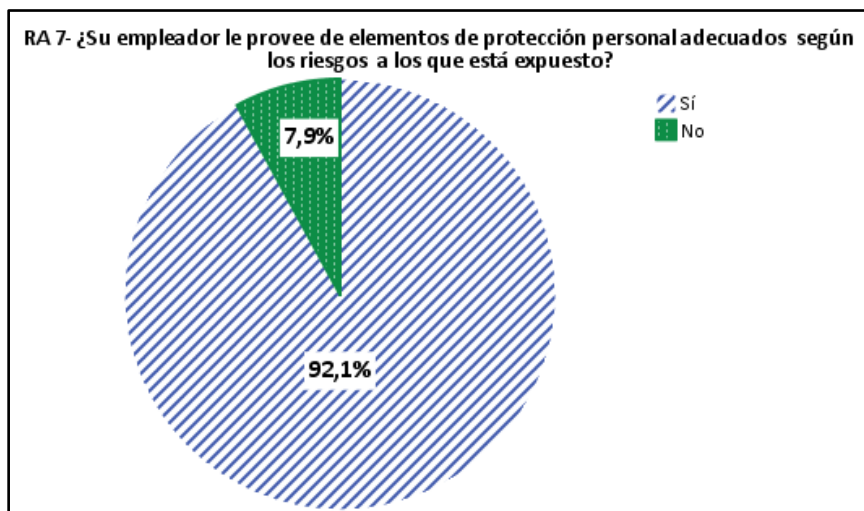


Prevención en materia de CyMAT

RA 7- ¿Su empleador le provee de elementos de protección personal adecuados según los riesgos a los que está expuesto?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	92,1
No	5	7,9
Total	63	100,0

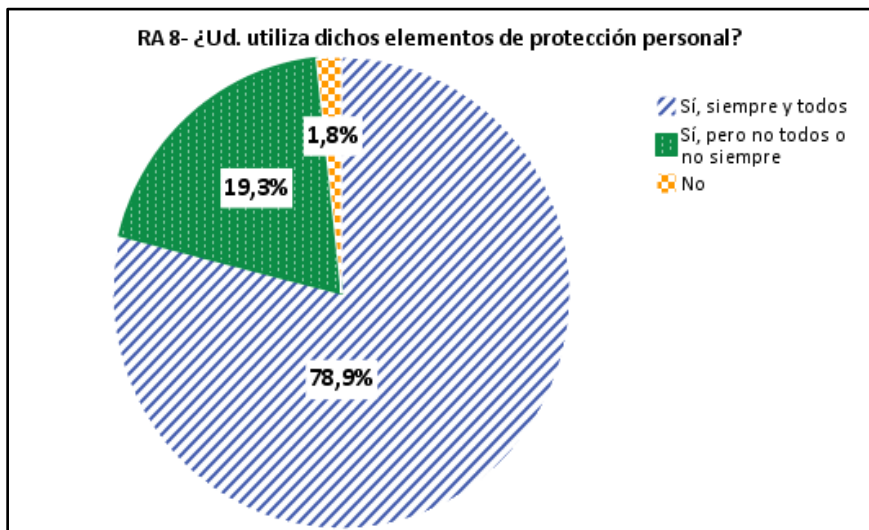
El empleador les provee elementos de protección personal adecuados según los riesgos a las que están expuestas al 92,1% de los encuestados, pero al 7,9% “No”.



RA 8- ¿Ud. utiliza dichos elementos de protección personal?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, siempre y todos	45	78,9
Sí, pero no todos o no siempre	11	19,3
No	1	1,8
Total	57	100,0

En respuesta a la pregunta si ellos utilizaban dichos elementos de protección personal, el 78,9% contestó “Sí, siempre y todos”, el 19,3% “Sí, pero no todos o no siempre” y el 1,8% “No”.



Quando se preguntó a las que dieron una respuesta negativa ¿por qué no se los proveen?, las respuestas fueron variadas: algunas no saben por qué, según otras se los dan solo a los enfermeros, porque no los necesitan, porque no están expuestas a riesgos físicos, otras pensaban que es la ART la que tenía que proporcionarlos. Para algunas eso sucedía porque a veces faltaban esos elementos como era el caso de los guantes. Otros

afirmaron que andaban mal las heladeras y no podrían conservar allí sus comidas.

Cuando la pregunta se refirió a cuáles elementos de protección personal les faltaban, se mencionaron guantes, fajas, elementos de limpieza, ropa o uniformes de trabajo, zapatos de seguridad, barbijos, faja lumbar para protegerla columna, zapatos antideslizantes, corsets, para evitar hernias, cofias para evitar la pediculosis, matafuegos, camisolines, guantes esterilizados, delantales, guantes de corte y horno, botas de caucho para quienes lavan los pisos.

Los riesgos del medio ambiente de trabajo

Los clásicos riesgos del medio ambiente físico de trabajo están presentes, y mucha declararon sufrirlos siempre o a veces: más del 22% percibe suciedad, la humedad casi el 20% y otro tanto las corrientes de aire; un tercio percibe malos olores, un 25% temperaturas elevadas y menos del 20% las bajas temperaturas, pero pocos manifestaron tener que trabajar en condiciones de hacinamiento o con mala iluminación. Probablemente algunas encuestadas sufren varios de estos riesgos al mismo tiempo, potenciando los efectos dañinos para la salud.

En cuanto a los riesgos biológicos, siempre o a veces un 20% de las encuestadas trabaja en contacto con productos peligrosos, más de la mitad están expuestas a riesgos infecciosos, casi dos tercios creen que corren el riesgo de accidentarse en sus lugares de trabajo y un 12,7% expresó que tenía dificultades para la percepción de sonidos. Como en el caso anterior, varios de estos riesgos son soportados al mismo tiempo por varias trabajadoras, con lo cual por efectos sinérgicos los problemas se incrementan.

Con respecto a la prevención de los riesgos, la empresa provee equipos de protección personal a más del 90% de los encuestadas pero el resto mencionó que había algunos equipos faltantes. Casi el 80% de los encuestados los utiliza siempre y a todos, mientras el resto no los utiliza siempre ni a todos

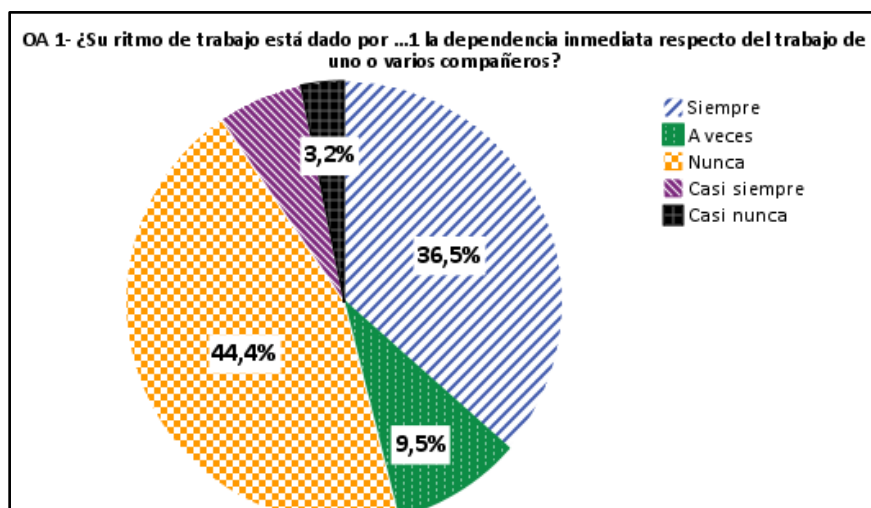
La organización y ritmo de trabajo

Otras preguntas del cuestionario se refirieron a la organización y el ritmo de trabajo indagando las causas o factores que lo determinaban, y las respuestas fueron:

OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por la dependencia inmediata respecto del trabajo de uno o varios compañeros?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	36,5
Casi siempre	4	6,3
A veces	6	9,5
Casi nunca	2	3,2
Nunca	28	44,4
Total	63	100,0

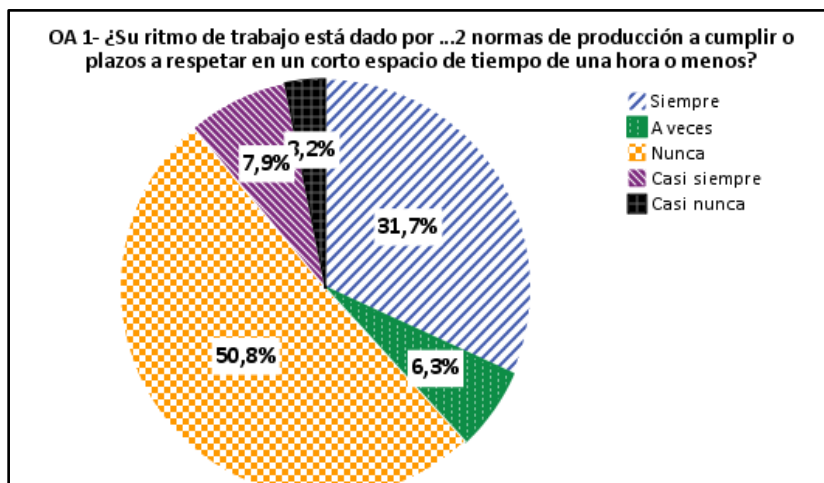
Su ritmo de trabajo está dado por la dependencia inmediata respecto del trabajo de uno o varias compañeras, para el 36,5% “Siempre”, el 6,3% “Casi siempre”, el 9,5% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” y para el 44,4% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por normas de producción a cumplir o plazos a respetar en un corto espacio de tiempo de una hora o menos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	20	31,7
Casi siempre	5	7,9
A veces	4	6,3
Casi nunca	2	3,2
Nunca	32	50,8
Total	63	100,0

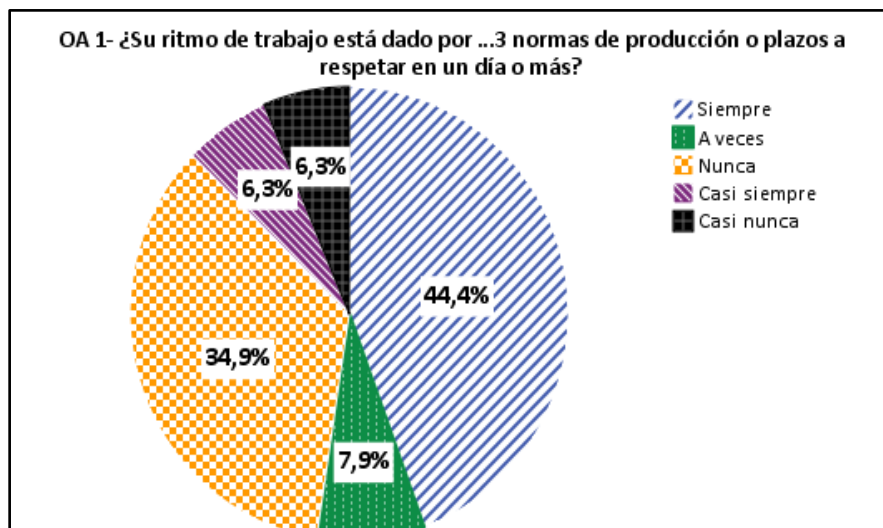
Su ritmo de trabajo está dado por las normas de producción a cumplir o plazos a respetar en un corto espacio de tiempo de una hora o menos, “Siempre” para el 31,7%, el 7,9% “Casi siempre”, el 6,3% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” y para el 50,8% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por normas de producción o plazos a respetar en un día o más?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	28	44,4
Casi siempre	4	6,3
A veces	5	7,9
Casi nunca	4	6,3
Nunca	22	34,9
Total	63	100,0

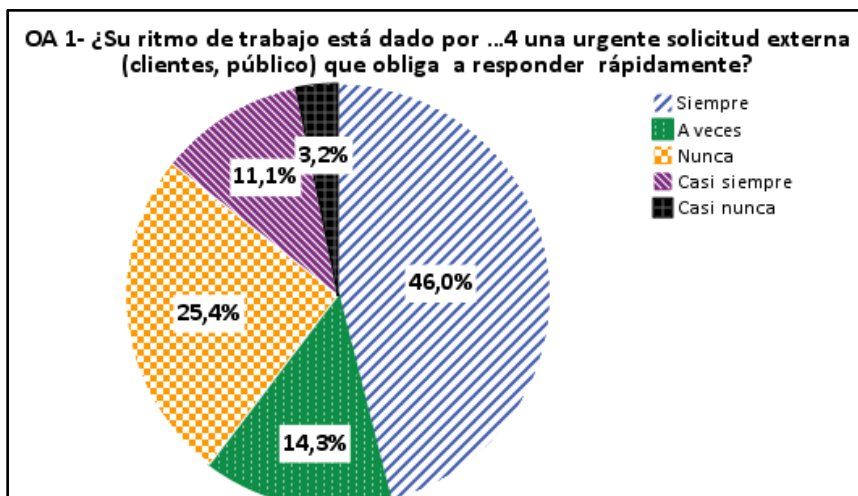
Su ritmo de trabajo está dado por las normas de producción a cumplir o plazos a respetar en un corto espacio de tiempo de una hora o menos, para el 31,7% “Siempre”, el 7,9% “Casi siempre”, el 6,3% “A veces” (58,8% en total), el 3,2% “Casi nunca” y para el 50,8% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por una urgente solicitud externa (clientes, público) que obliga a responder rápidamente?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	29	46,0
Casi siempre	7	11,1
A veces	9	14,3
Casi nunca	2	3,2
Nunca	16	25,4
Total	63	100,0

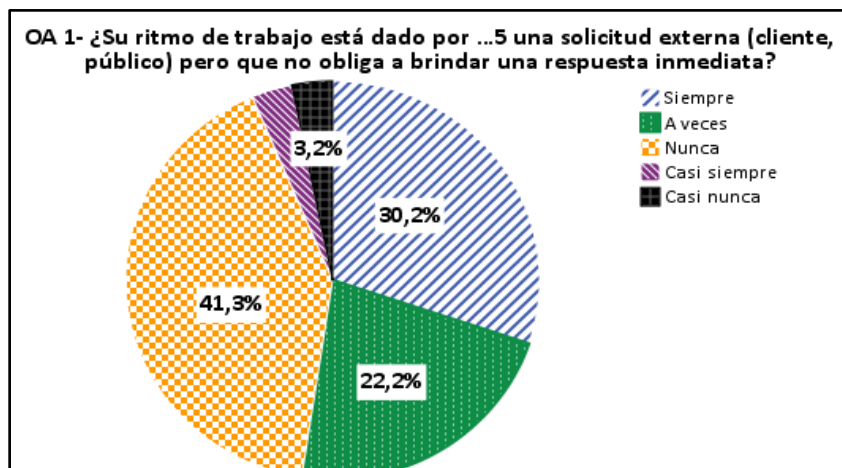
El 46% respondió que “Siempre” su ritmo de trabajo está dado por una urgente solicitud externa (clientes, público) que obliga a responder rápidamente, el 11,1% “Casi siempre”, el 14,3% “A veces” (**72,4% en total**), el 3,2% “Casi nunca” pero para el 25,4% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por una solicitud externa (cliente, público) pero que no obliga a brindar una respuesta inmediata?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	19	30,2
Casi siempre	2	3,2
A veces	14	22,2
Casi nunca	2	3,2
Nunca	26	41,3
Total	63	100,0

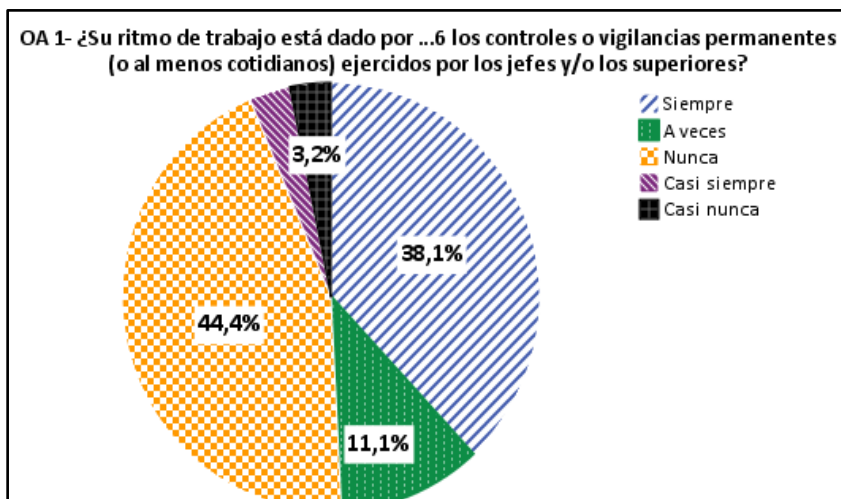
Para el 30,2% “Siempre”, su ritmo de trabajo está dado por una solicitud externa (clientes, público) pero que no obliga a brindar una respuesta inmediata, el 3,2% “Casi siempre”, el 22,2% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero para el 41,3% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por los controles o vigilancias permanentes (o al menos cotidianos) ejercidos por los jefes y/o los superiores?⁹

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	24	38,1
Casi siempre	2	3,2
A veces	7	11,1
Casi nunca	2	3,2
Nunca	28	44,4
Total	63	100,0

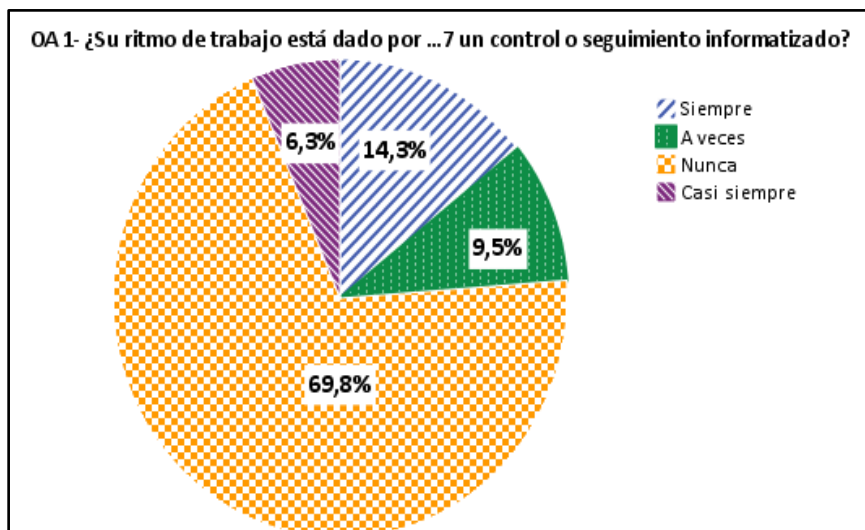
Su ritmo de trabajo está dado por los controles o vigilancias permanentes (o al menos cotidianos) ejercidos por los jefes y/o los superiores, para el 38,1% “Siempre”, el 3,2% “Casi siempre”, el 11,1% “A veces”, el 3,2% “Casi nunca” pero para el 44,4% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por un control o seguimiento informatizado?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	14,3
Casi siempre	4	6,3
A veces	6	9,5
Nunca	44	69,8
Total	63	100,0

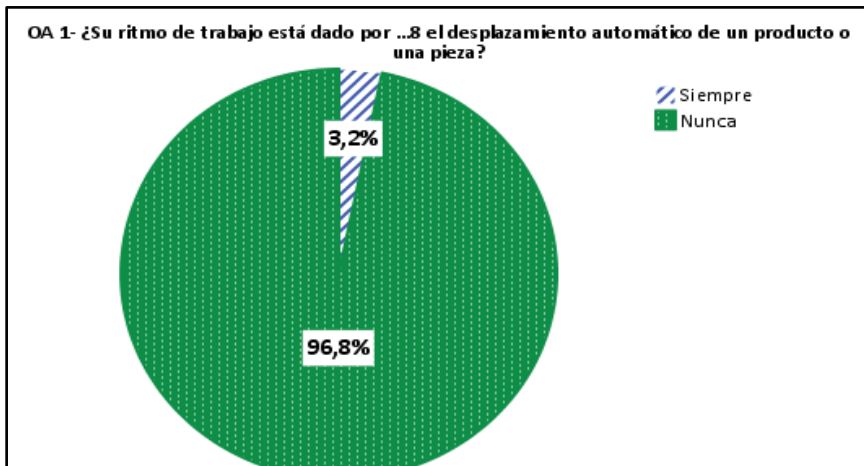
Sólo el 14,3% contestó que “Siempre” su ritmo de trabajo está dado por un control o seguimiento informatizado, el 6,3% “Casi siempre”, el 9,5% “A veces” pero para el 69,8% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por el desplazamiento automático de un producto o una pieza?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
Nunca	61	96,8
Total	63	100,0

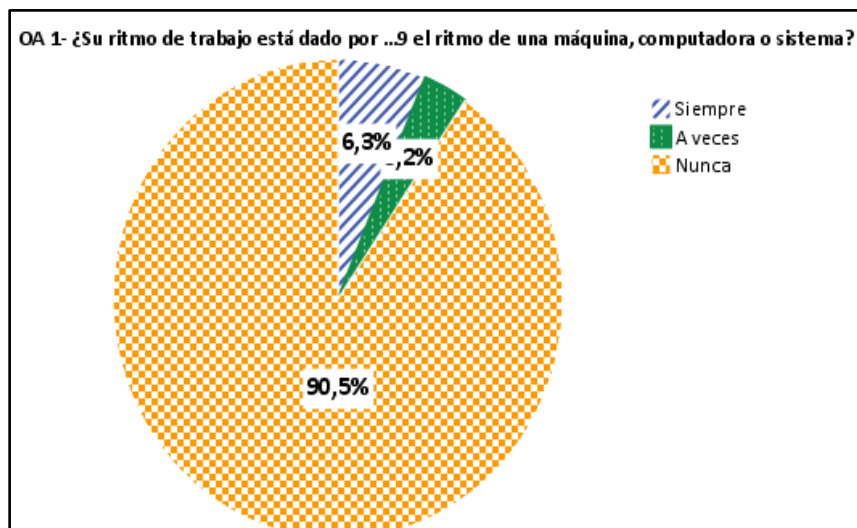
Su ritmo de trabajo está dado por el desplazamiento automático de un producto o una pieza, pero solo el 3,2% contestó “Siempre” pero para el 96,8% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por el ritmo de una máquina, computadora o sistema?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,3
A veces	2	3,2
Nunca	57	90,5
Total	63	100,0

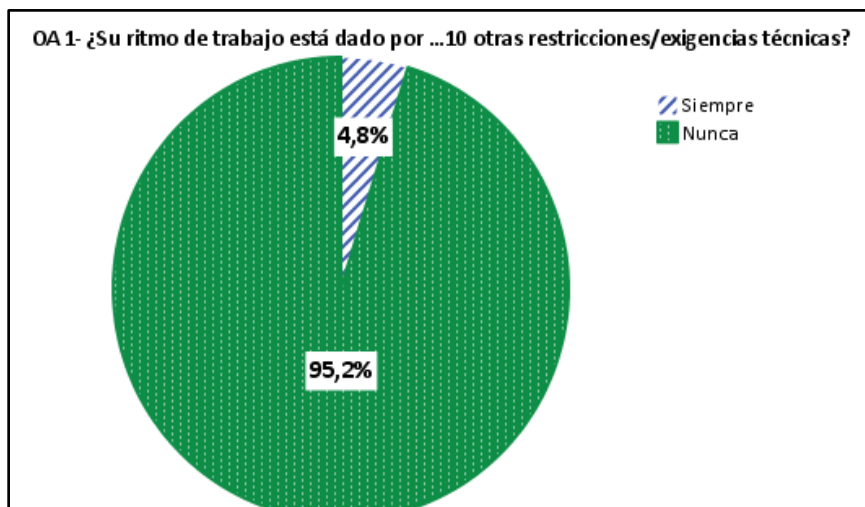
Sólo el 6,3% respondió que “Siempre” su ritmo de trabajo está dado por el ritmo de una máquina, computadora o sistema, el 3,2% “A veces” pero para el 90,5% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por otras restricciones/exigencias técnicas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	4,8
Nunca	60	95,2
Total	63	100,0

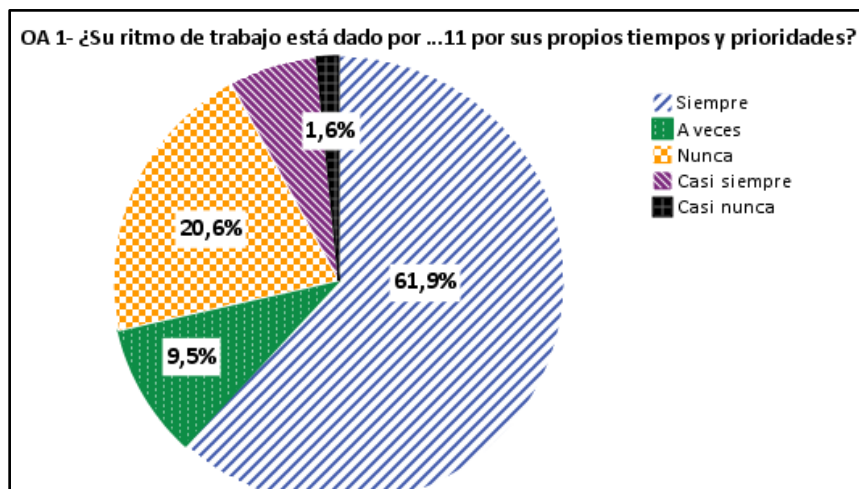
Su ritmo de trabajo está dado por otras restricciones/exigencias técnicas sólo para el 4,8% “Siempre” y para el 95,2% “Nunca”.



OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por sus propios tiempos y prioridades?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	39	61,9
Casi siempre	4	6,3
A veces	6	9,5
Casi nunca	1	1,6
Nunca	13	20,6
Total	63	100,0

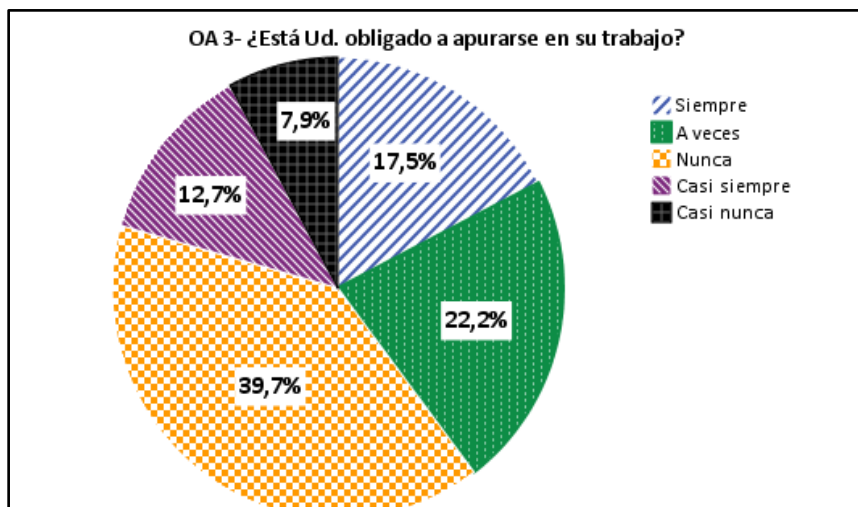
Cuando se preguntó si su ritmo de trabajo está dado por sus propios tiempos y prioridades, el 61,9% respondió "Siempre", el 6,3% "Casi siempre", el 9,5% "A veces", el 1,6% "Casi nunca" pero para el 20,6% "Nunca".



OA 3- ¿Está Ud. obligado a apurarse en su trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	17,5
Casi siempre	8	12,7
A veces	14	22,2
Casi nunca	5	7,9
Nunca	25	39,7
Total	63	100,0

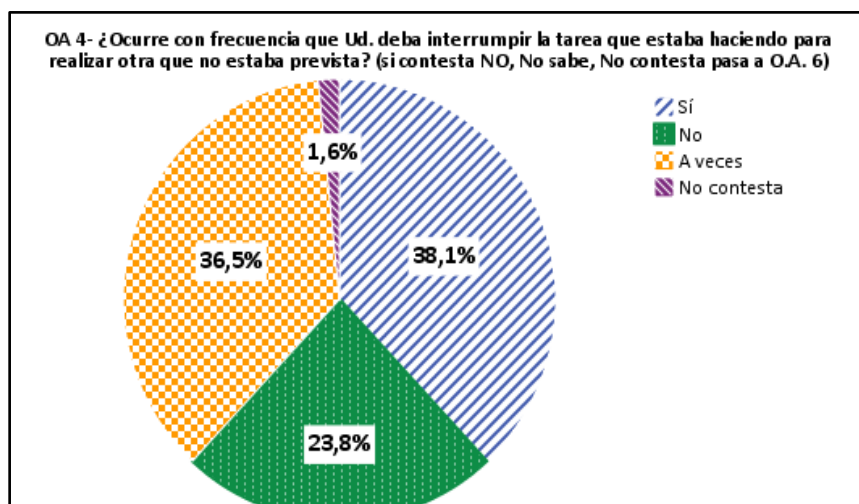
Cuando se preguntó si estaban obligadas a apurarse en su trabajo, el 17,5% contestó “Siempre”, el 12,7% “Casi siempre”, el 22,2% “A veces” (54,4% en total), el 7,9% “Casi nunca” pero para el 39,7% “Nunca”.



OA 4- ¿Ocurre con frecuencia que Ud. deba interrumpir la tarea que estaba haciendo para realizar otra que no estaba prevista? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a O.A. 6)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	38,1
A veces	23	36,5
No	15	23,8
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0

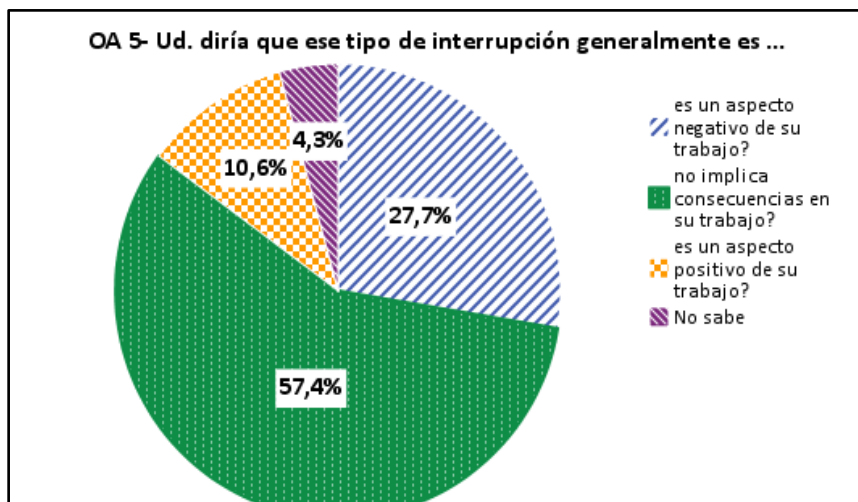
En cuanto a la frecuencia con que debían interrumpir la tarea que estaban haciendo, para realizar otra que no estaba prevista, el 38,1% contestó que “Sí”, el 36,5% “A veces” (74,6% en total), el 23,8% “No” y el 1,6% “No contesta”.



OA 5- Ud. diría que ese tipo de interrupción generalmente....

	Frecuencia	Porcentaje
Es un aspecto negativo de su trabajo?	13	27,7
No implica consecuencias en su trabajo?	27	57,4
Es un aspecto positivo de su trabajo?	5	10,6
No sabe	2	4,3
Total	47	100,0

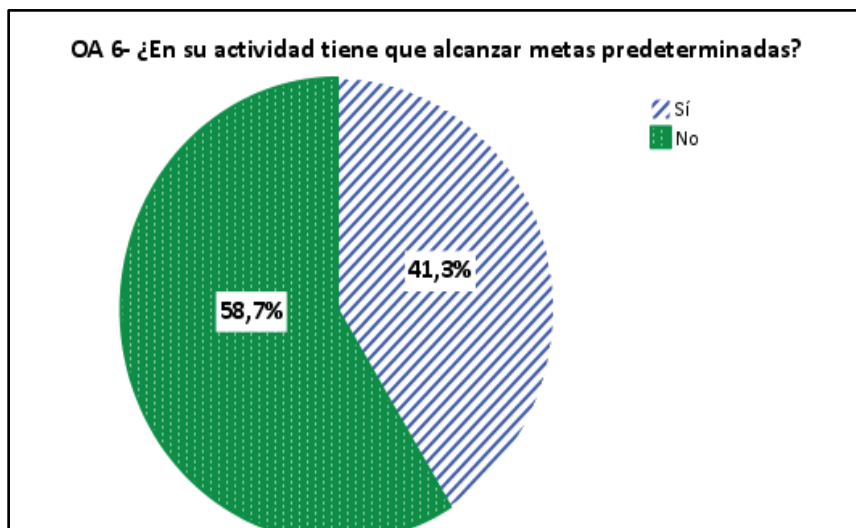
La interrupción de la tarea fue considerada como un aspecto negativo de su trabajo para el 27,7% de los encuestados, mientras que para el 57,4% no implica consecuencias en su trabajo, el 10,6% considera que es un aspecto positivo y el 4,3% “No sabe”.



OA 6- ¿En su actividad tiene que alcanzar metas predeterminadas?(si contesta No, No sabe, No contesta, pasa a O.A. 9)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	26	41,3
No	37	58,7
Total	63	100,0

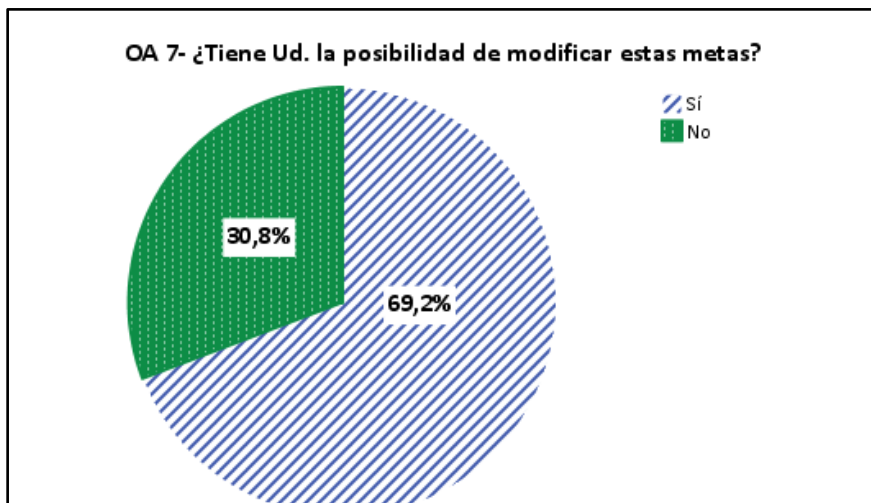
El 41,3% contestó que “Sí” y el 58,7% que “No” tienen que alcanzar metas predeterminadas en su trabajo.



OA 7- ¿Tiene Ud. la posibilidad de modificar estas metas? si contesta No, No sabe, No contesta, pasa a O.A. 8)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	69,2
No	8	30,8
Total	26	100,0

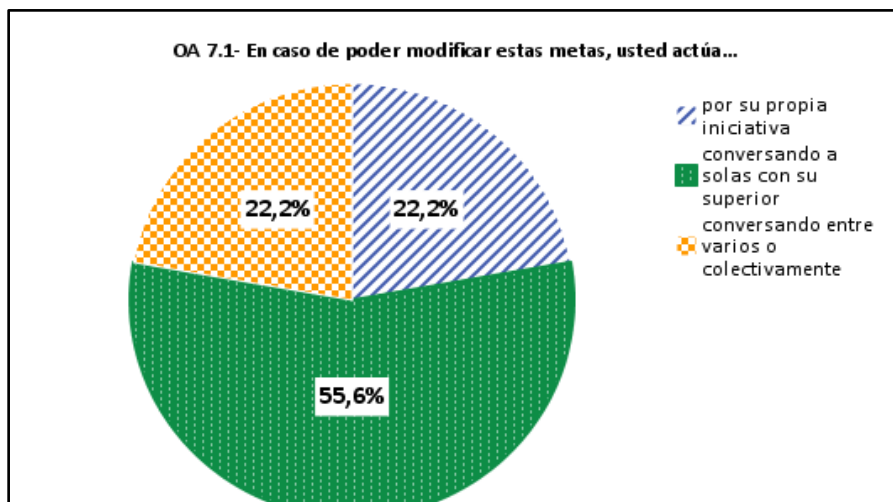
El 69,2% de los encuestados contestó que “Sí” y el 30,8% que “No” tienen la posibilidad de modificar estas metas.



OA 7.1- En caso de poder modificar estas metas, usted actúa... (elegir una sola opción)

	Frecuencia	Porcentaje
Por su propia iniciativa	4	22,2
Conversando a solas con su superior	10	55,6
Conversando entre varios o colectivamente	4	22,2
Total	18	100,0

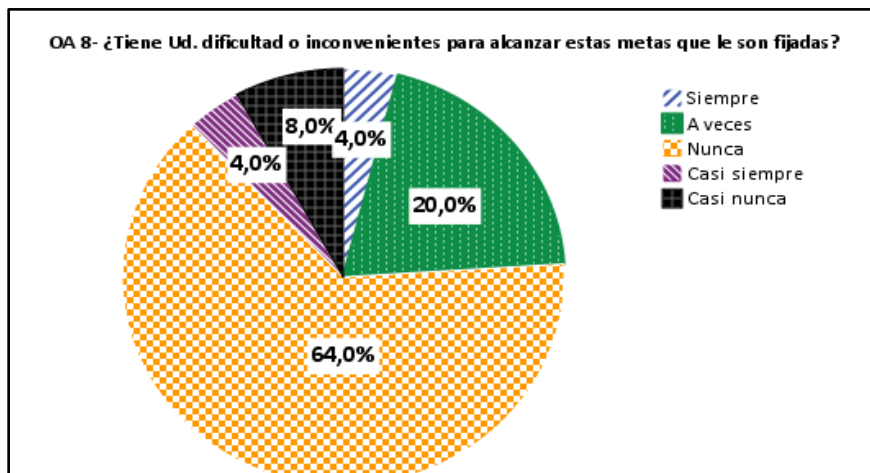
Hubo pocas respuestas a esta pregunta sobre la posibilidad de modificar esas metas, el 22,2% de los encuestados (4 personas) contestó que cuando lo hacía actuaba por su propia iniciativa, mientras que el 55,6% lo hacía conversando a solas con su superior y el 22,2% conversando entre varios o colectivamente.



OA 8- ¿Tiene Ud. dificultad o inconvenientes para alcanzar estas metas que le son fijadas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	4,0
Casi siempre	1	4,0
A veces	5	20,0
Casi nunca	2	8,0
Nunca	16	64,0
Total	25	100,0

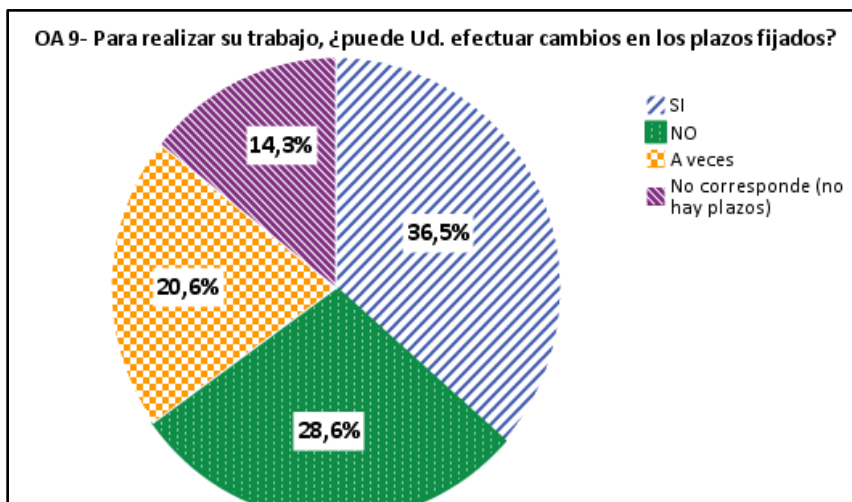
Cuando se preguntó si tenían dificultad o inconvenientes para alcanzar las metas que le son fijadas, el 4% contestó que eso sucedía “Siempre”, el 4% “Casi siempre”, el 20% “A veces”, el 8% “Casi nunca”, pero el 64% respondió que “Nunca”.



OA 9- Para realizar su trabajo, ¿puede Ud. efectuar cambios en los plazos fijados?

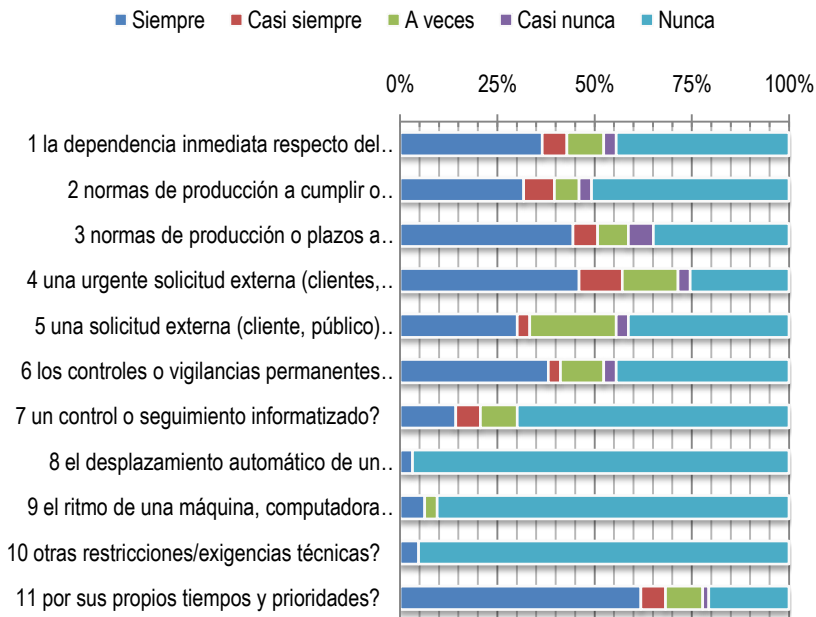
	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	36,5
A veces	13	20,6
NO	18	28,6
No corresponde	9	14,3
Total	63	100,0

Cuando se preguntó si cuando podían efectuar cambios en los plazos fijados para realizar su trabajo, el 36,5% contestó que “Si”, el 20,6% “A veces”, el 28,6% “No” y el 14,3% “No corresponde”.



3.2.2. Ritmo contenido y organización del trabajo: visión de conjunto

OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por ...



Para más de la mitad de las encuestadas la organización y el ritmo de trabajo dependen de lo que hacen uno o varios compañeros y una misma proporción tiene normas de producción o plazos que respetar en una hora o un día. Para dos tercios de las encuestadas el ritmo de trabajo está dado por una solicitud externa (clientes, familiares, proveedores, obras sociales) que obliga a responder rápidamente. Más de la mitad tiene un ritmo de trabajo vigilado o supervisado directamente por los superiores y un 30% es controlado utilizando sistemas informáticos. Pero para dos terceras partes de los encuestados el ritmo de trabajo está dado por sus propios ritmos y prioridades. La mitad de los encuestados están siempre, o a veces, obligados a apurarse en su trabajo y un porcentaje similar debe

interrumpir el trabajo que estaban haciendo para ejecutar tareas que no estaban previstas; sin embargo, la mayoría de ellas no consideraban las interrupciones como algo negativo para su trabajo.

A la mitad de las encuestadas, la clínica les fija metas predeterminadas que deben ejecutar; dos tercios de ellas pueden modificar las metas, pero solo un cuarto puede hacerlo por su propia iniciativa, lo cual puede considerarse una señal de relativa autonomía. Las metas fijadas pueden ser alcanzadas por los dos tercios de las encuestadas e igual porcentaje de encuestadas puede modificar los plazos fijados.

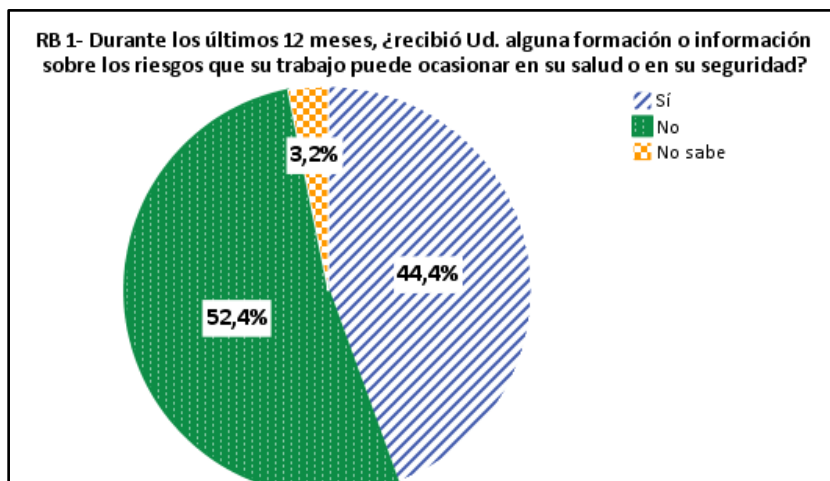
El ritmo de trabajo está impuesto a los trabajadores por la organización interna del proceso de trabajo y por restricciones externas de personas con padecimientos psíquicos o mentales, o sus familiares que necesitan una respuesta urgente. En algunos períodos del año y en algunas semanas aumentan más las demandas y el ritmo se acelera e intensifica.

3.2.3. Prevención de los riesgos ocupacionales

RB 1- Durante los últimos 12 meses, ¿recibió Ud. alguna formación o información sobre los riesgos que su trabajo puede ocasionar en su salud o en su seguridad? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a R.B. 3)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	44,4
No	33	52,4
No sabe	2	3,2
Total	63	100,0

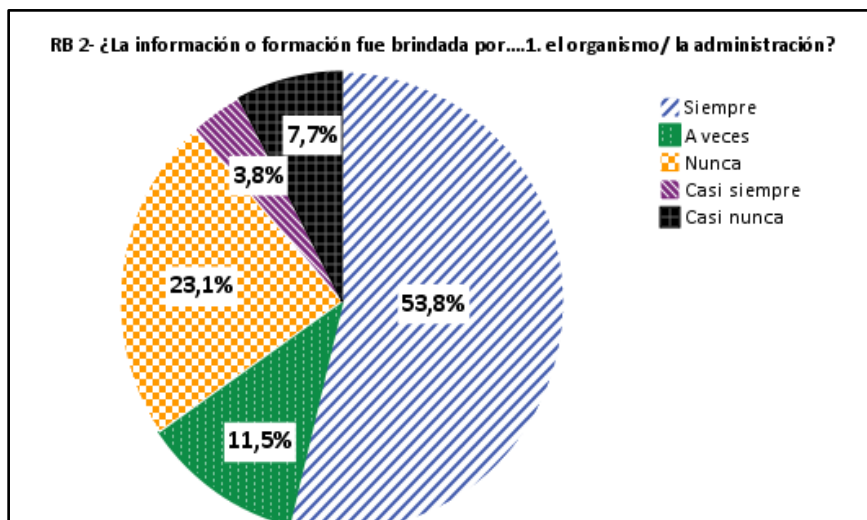
A la pregunta de si durante los últimos 12 meses, recibieron alguna formación o información sobre los riesgos que su trabajo puede ocasionarle en su salud o en su seguridad, el 44,4% respondió “Sí”, el 52,4% “No” y el 3,2% “No sabe”.



RB 2- ¿La información o formación fue brindada por el organismo/ la administración?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	14	53,8
Casi siempre	1	3,8
A veces	3	11,5
Casi nunca	2	7,7
Nunca	6	23,1
Total	26	100,0

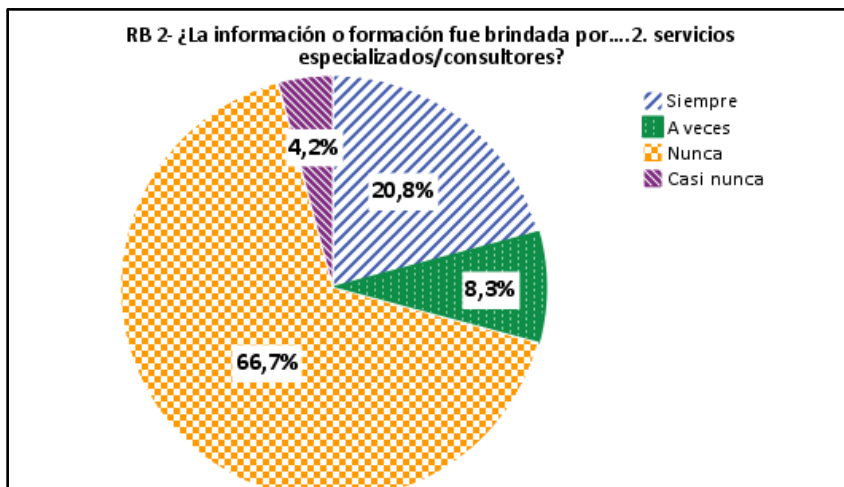
Esa información o formación le fue brindada por el empleador o la organización “siempre” al 53,8%, al 3,8% “Casi siempre”, al 11,5% “A veces”, al 7,7% “Casi nunca” y al 23,1% “Nunca”.



RB 2- ¿La información o formación fue brindada por servicios especializados/consultores?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	20,8
A veces	2	8,3
Casi nunca	1	4,2
Nunca	16	66,7
Total	24	100,0

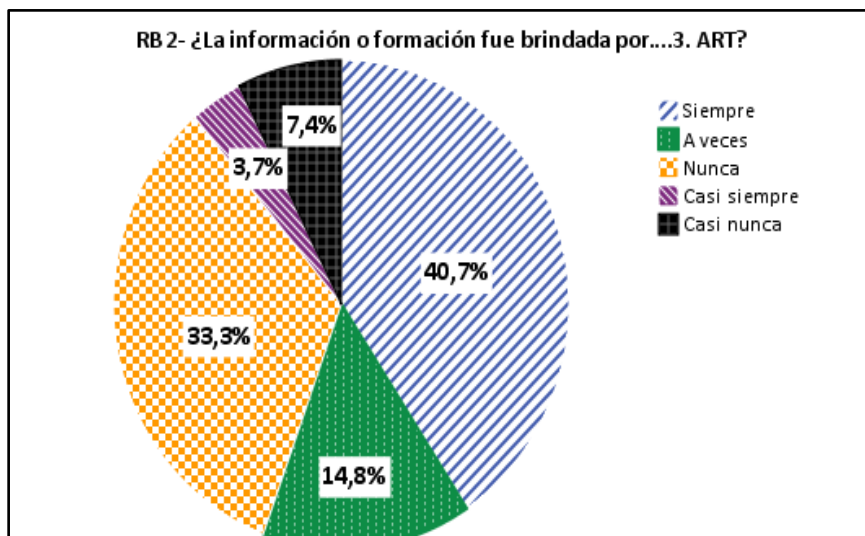
Solo al 20,8% esa información o formación le fue brindada “Siempre”, por los servicios especializados/consultores al 8,3% “A veces”, al 4,2% “Casi nunca” y al 66,7% “Nunca”.



RB 2- ¿La información o formación fue brindada por la ART?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	11	40,7
Casi siempre	1	3,7
A veces	4	14,8
Casi nunca	2	7,4
Nunca	9	33,3
Total	27	100,0

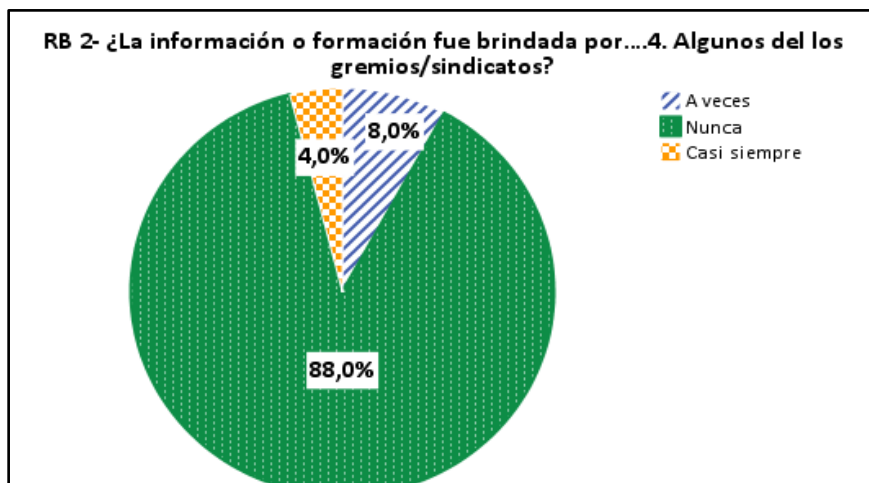
Esa información o formación le fue brindada por la ART al 40,7% que respondió “Siempre”, al 3,7% “Casi siempre”, al 14,8% “A veces”, al 7,4% “Casi nunca” y el 33,3% “Nunca”.



RB 2- ¿La información o formación fue brindada por alguno de los gremios/sindicatos?

	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	1	4,0
A veces	2	8,0
Nunca	22	88,0
Total	25	100,0

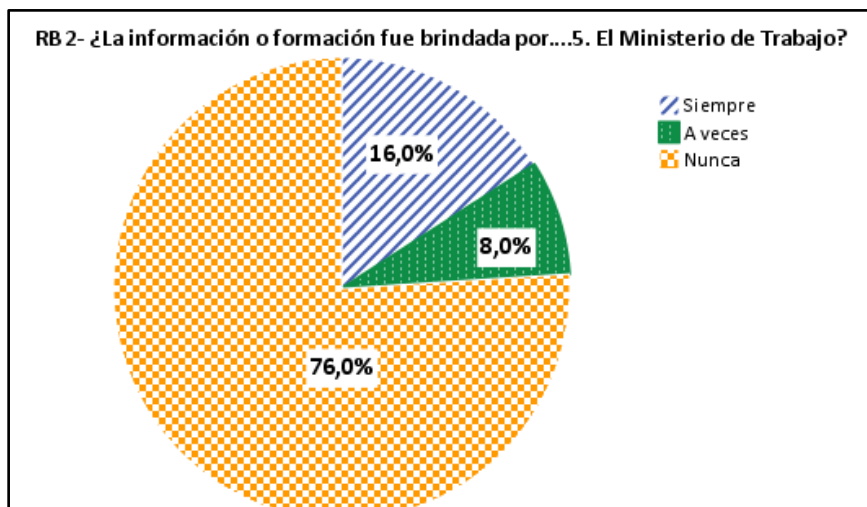
Cuando se preguntó si esa información o formación fue brindada por algunos de los gremios/sindicatos, las respuestas fueron el 4% “Casi siempre”, el 8% “A veces” pero el 88% contestó “Nunca”.



RB 2- ¿La información o formación fue brindada por el Ministerio de Trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	16,0
A veces	2	8,0
Nunca	19	76,0
Total	25	100,0

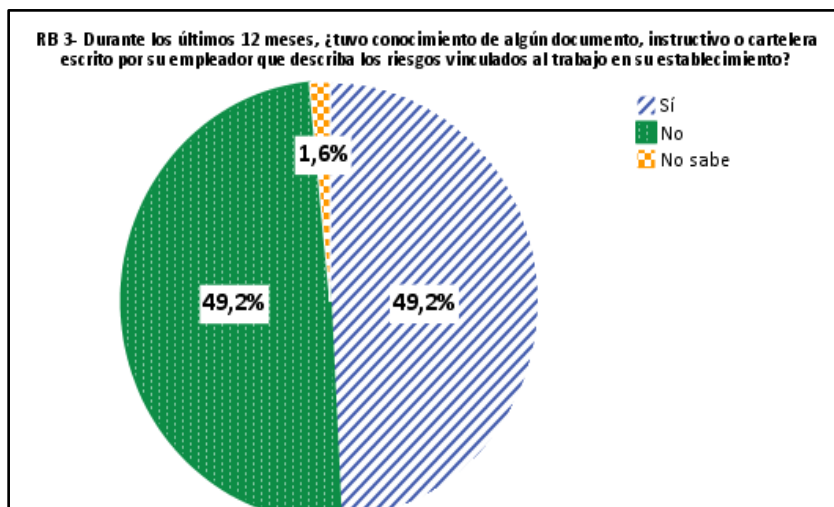
Esa información le fue brindada por el Ministerio de Trabajo al 16% “Siempre”, al 8% “A veces” y al 76% “Nunca”.



RB 4.- Tuvo conocimiento de algún documento, instructivo o cartelera escrito por su empleador que describa los riesgos vinculados al trabajo en su establecimiento.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	49,2
No	31	49,2
No sabe	1	1,6
Total	63	100,0

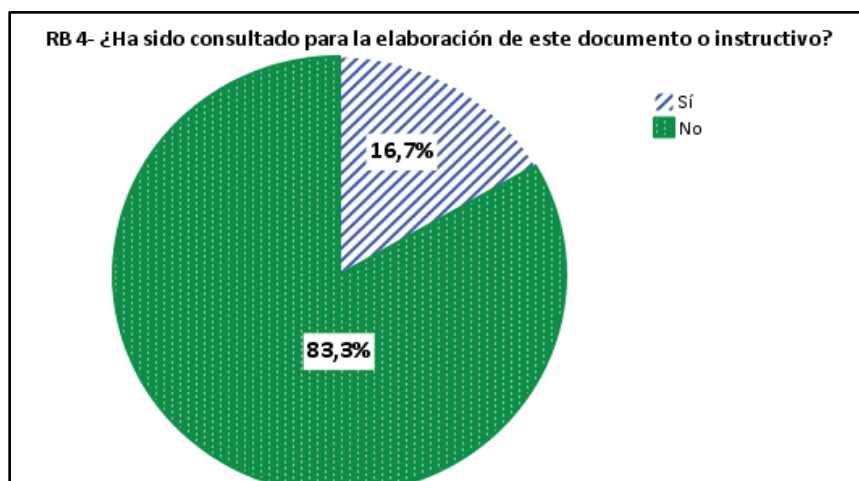
Durante los últimos 12 meses, el 49,2% contestó que “Sí”, el 49,2% “No” y el 1,6% “No sabe” si tuvo conocimiento de algún documento, instructivo o cartelera escrito por su empleador que describa los riesgos vinculados al trabajo en su establecimiento.



RB 4- ¿Ha sido consultado para la elaboración de este documento o instructivo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	16,7
No	25	83,3
Total	30	100,0

El 16,7% contestó que “Sí” y el 83,3% que “No” habían sido consultados para la elaboración de este documento o instructivo.



Visión de conjunto de la prevención de los riesgos

Menos de la mitad de las encuestadas recibió una formación o información sobre los riesgos que ese trabajo puede provocar en la salud o seguridad; a la mayoría esa formación o información se la proporcionó la empresa, y a muy pocas les fue provista por la ART y los sindicatos. La formación o información escrita recibida en materia de riesgos de CyMAT y de RPST es considerada insuficiente.

La mitad de las encuestadas tuvo conocimiento de un instructivo o cartelera escrita por la empresa describiendo los riesgos existentes en el establecimiento, pero solo el 16,7% de ellas fue consultada previamente para redactar su contenido.

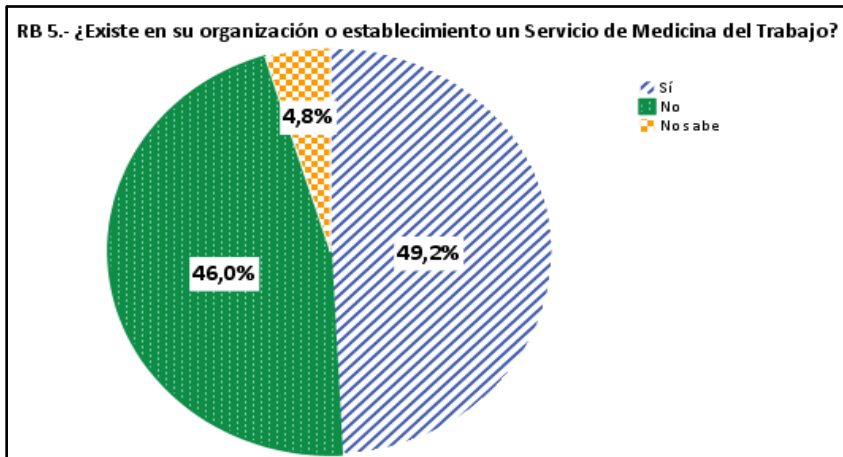
La mayoría de las empleadas de la Clínica Privada habían recibido equipos de protección personal adecuados a sus tareas, pero no todas los usaban a todos siempre.

RB 5.- ¿Existe en su organización o establecimiento un Servicio de Medicina del Trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	49,2
No	29	46,0
No sabe	3	4,8
Total	63	100,0

Cuando se preguntó si existe en la organización o establecimiento un Servicio de Medicina del Trabajo, el 49,2% respondió que “Sí”, el 46% “No” y el 4,8% “No sabe”.

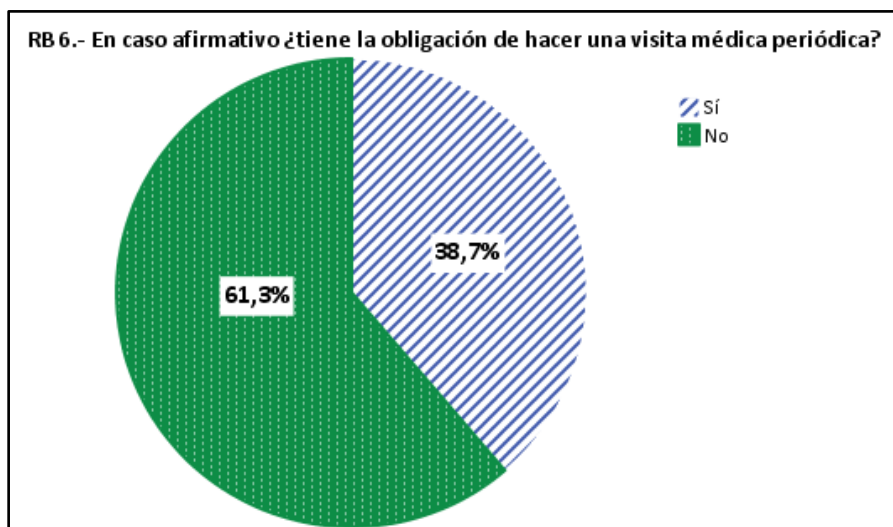
Pero no está claro si ese Servicio existe formalmente o si, como hay médicos en la clínica, ellos prestan eventualmente ese servicio dentro de sus funciones.



RB 6.- En caso afirmativo ¿tiene la obligación de hacer una visita médica periódica?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	38,7
No	19	61,3
Total	31	100,0

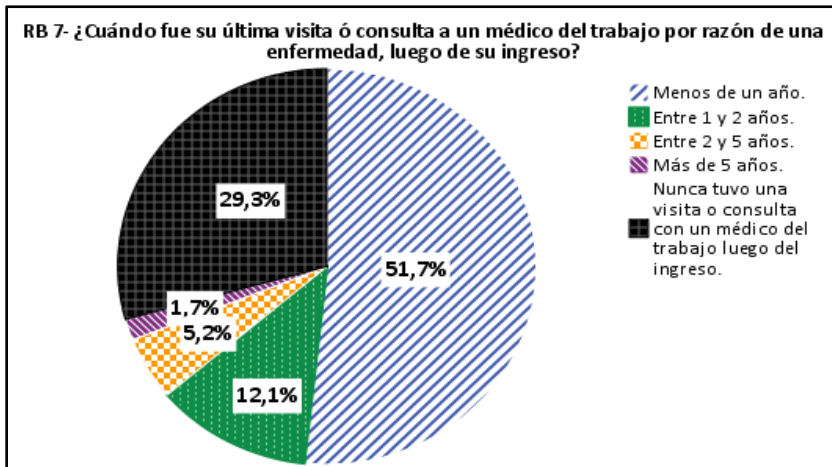
A los que respondieron positivamente a la pregunta anterior, se les preguntó si tienen la obligación de hacer una visita médica periódica, y el 38,7% contestó que “Sí” y el 61,3% que “No”. La pregunta y la respuesta fueron ambiguas, porque podría entenderse que es una visita con respecto a la salud laboral o a la salud en general, que por convenio colectivo deben hacer esas trabajadoras de manera obligatoria al ingresar a trabajar.



RB 7- ¿Cuándo fue su última visita o consulta a un médico del trabajo por razón de una enfermedad, luego de su ingreso?

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año.	30	51,7
Entre 1 y 2 años.	7	12,1
Entre 2 y 5 años.	3	5,2
Más de 5 años.	1	1,7
Nunca tuvo una visita o consulta con un médico del trabajo luego del ingreso.	17	29,3
Total	58	100,0

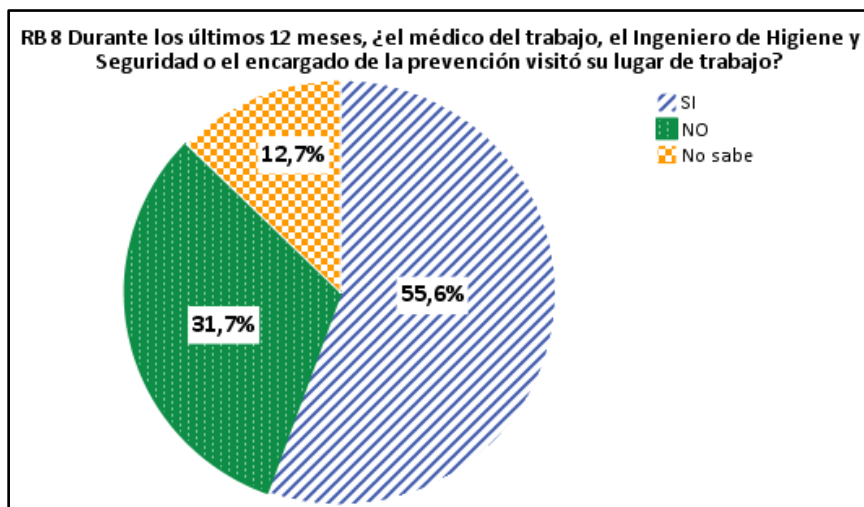
Ante esa pregunta las respuestas fueron: el 51,7% “Menos de un año”, el 12,1% “Entre 1 y 2 años”, el 5,2% “Entre 2 y 5 años”, el 1,7% “Más de 5 años” pero el 29,3% contestó que “Nunca tuvo una visita o consulta con un médico del trabajo luego del ingreso”.



RB 8.- Durante los últimos 12 meses, ¿el médico del trabajo, el ingeniero de higiene y seguridad o el encargado de la prevención visitó su lugar de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	55,6
NO	20	31,7
No sabe	8	12,7
Total	63	100,0

El 55,6% de las encuestadas contesto que "SI", el 31,7% "NO" y el 12,7% "No sabe" si durante los últimos 12 meses, el médico del trabajo, el ingeniero de higiene y seguridad o el encargado de la prevención visitó su lugar de trabajo.



Visión de conjunto

En cuanto al servicio de Medicina del Trabajo, no quedó claro en la encuesta si era un servicio formalmente creado para esa finalidad o si los médicos de la clínica asumían formal o informalmente esa tarea. El 76,9% de las encuestadas declaró que no tiene taxativamente la obligación de hacer un análisis médico periódico sobre su salud laboral, salvo para los que ingresan.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el trabajo y luego de su ingreso a la clínica, en los últimos 12 meses un tercio de las encuestadas no fue a una consulta médica por esa causa.

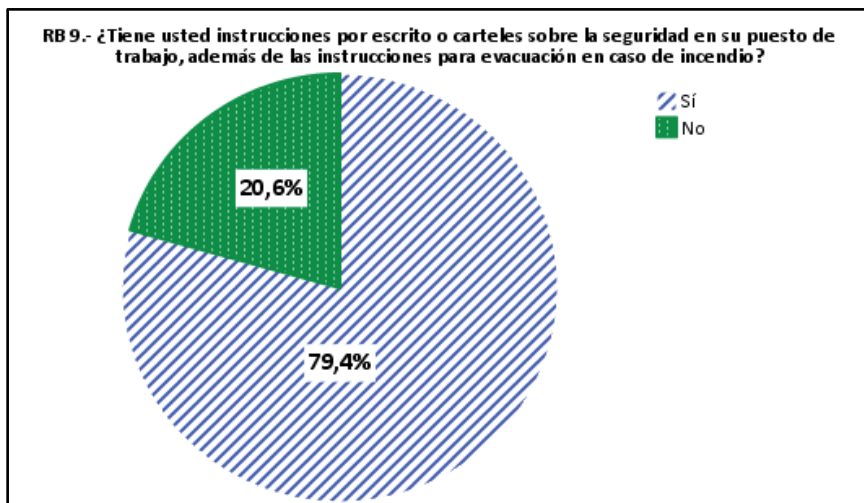
Sólo la mitad percibió que un encargado de la prevención, un ingeniero de seguridad e higiene o un médico visitara su lugar de trabajo para constatar si existían riesgos.

Casi el 80% de las encuestadas tenía instrucciones sobre qué hacer en caso de que se produjeran riesgos para la seguridad y pensaban que podían ponerlas en práctica.

RB 9.- ¿Tiene usted instrucciones por escrito o carteles sobre la seguridad en su puesto de trabajo, además de las instrucciones para evacuación en caso de incendio? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a R.C. 1)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	50	79,4
No	13	20,6
Total	63	100,0

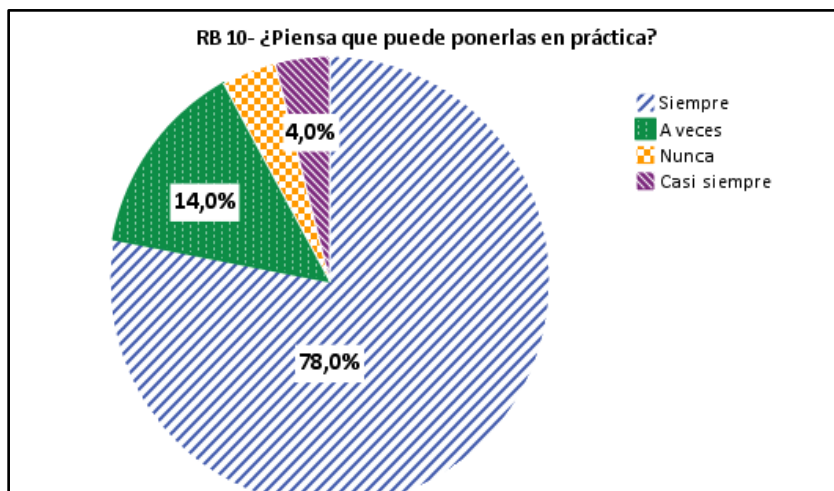
El 79,4% de las encuestadas contestó que “Sí” y el 20,6% que “No” tienen instrucciones por escrito o carteles sobre la seguridad en sus puestos de trabajo, además de las instrucciones para evacuación en caso de incendio.



RB 10- ¿Piensa que puede ponerlas en práctica?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	39	78,0
Casi siempre	2	4,0
A veces	7	14,0
Nunca	2	4,0
Total	50	100,0

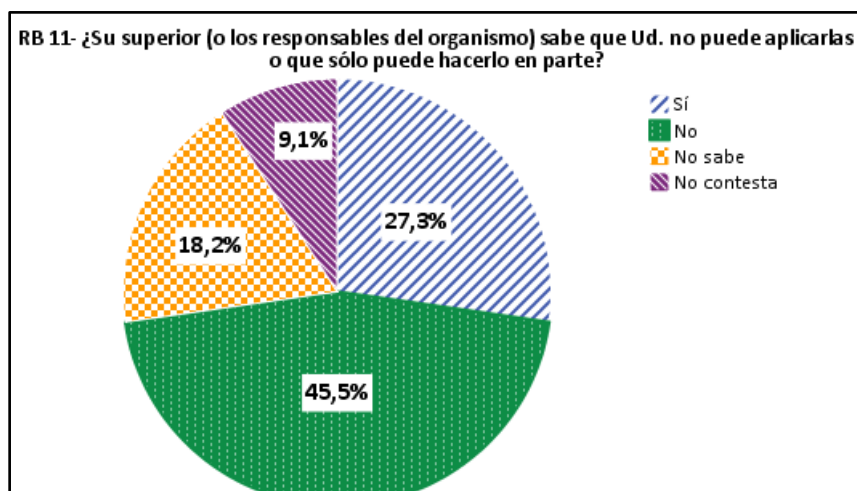
En respuesta a dicha pregunta de el 78% indicó “Siempre”, el 4% “Casi siempre”, el 14% “A veces” y el 4% “Nunca” podría ponerlas en práctica.



RB 11- ¿Su superior (o los responsables del organismo) sabe que Ud. no puede aplicarlas o que sólo puede hacerlo en parte?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	27,3
No	5	45,5
No sabe	2	18,2
No contesta	1	9,1
Total	11	100,0

Hubo pocas respuestas cuando se preguntó si sus superiores (o los responsables del organismo) saben que no puede aplicarlas, o que sólo pueden hacerlo en parte, el 27,3% (3) contestó que “Sí”, el 45,5% (5) “No”, el 18,2% “No sabe” y el 9,1% “No contesta”.



Prevención de los riesgos ocupacionales

Menos de la mitad de las encuestadas recibió una formación o información sobre los riesgos que ese trabajo puede provocar en la salud o seguridad; a la mayoría esa formación o información se la proporcionó la empresa, y a muy pocos les fue provista por la ART y los sindicatos. La mitad de las encuestadas tuvo conocimiento de un instructivo o cartelera escrita por la empresa describiendo los riesgos existentes en el establecimiento, pero solo el 16,7% de ellas fue consultado previamente para redactar su contenido.

En cuanto al servicio de Medicina del Trabajo no quedó claro en la encuesta si era un servicio formalmente creado para esa finalidad o si los médicos de la clínica asumían formal o informalmente esa tarea. Casi la mitad admitió que el mismo existía, pero dos tercios de las encuestadas respondieron que no tenían la obligación de hacer una visita médica periódica. Esto explica en parte que luego de su ingreso a la clínica, un tercio de las encuestadas en los últimos 12 meses no fue a una consulta médica relativa a enfermedades relacionadas con el trabajo.

Sólo la mitad percibió que un encargado de la prevención, un ingeniero de seguridad e higiene o a un médico laboral visitara su lugar de trabajo. Casi el 80% de las encuestadas tenía instrucciones sobre qué hacer en

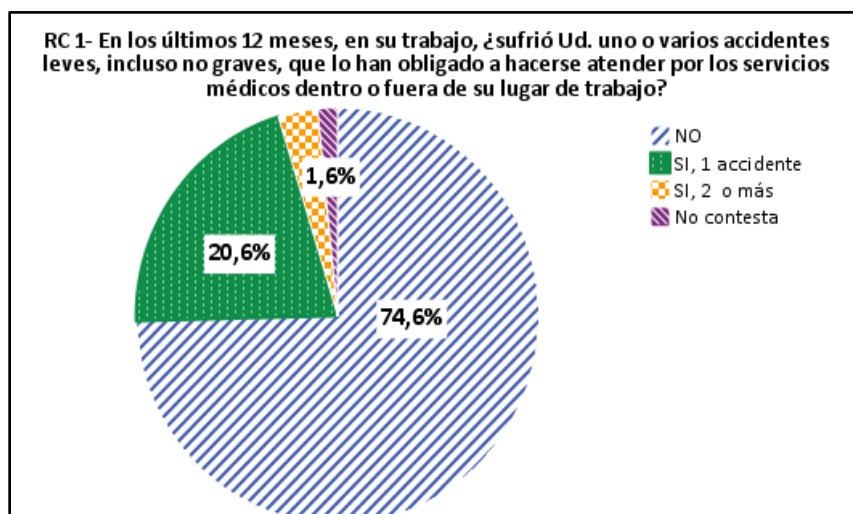
caso de que se produjeran riesgos para la seguridad, y pensaban que podían ponerlas en práctica.

3.2.4. El último accidente ocurrido

RC 1- En los últimos 12 meses, en su trabajo, ¿sufrió Ud. uno o varios accidentes leves, incluso no graves, que lo han obligado a hacerse atender por los servicios médicos dentro o fuera de su lugar de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
NO	47	74,6
SI, 1 accidente	13	20,6
SI, 2 o más	2	3,2
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0

Cuando se preguntó si en los últimos 12 meses, en su trabajo, sufrieron uno o varios accidentes leves, incluso no graves, que lo hayan obligado a hacerse atender por los servicios médicos dentro o fuera de su lugar de trabajo, el 74,6% contestó que “NO”, pero el 20,6% respondió que “SI, 1 accidente”, el 3,2% “SI, 2 o más” y el 1,6% “No contesta”



RC 1.1 ¿Qué tipo de accidente?

Los accidentes que con sus palabras declararon las encuestadas fueron diversos:

- Caída y golpe en la rodilla.
- Cuando volvía del trabajo el micro chocó y se lastimó la rodilla.
- Desgarro en la pierna y brazo, cervical varias veces
- Golpe de un paciente
- Hernia inguinal, por caída de la escalera.
- Le pasó con un paciente que entró violento, se intercedió y esto le generó una lesión en la rodilla
- Me pinché con una aguja de insulina.
- Necrosis ósea (que genera dolor en las piernas)
- Pinchazo con la aguja de una jeringa.
- Se cayó de las escaleras.
- Tendinitis en el hombro por levantar pacientes, un mes de carpeta.
- Un paciente le pegó en la espalda y le generó una tendinitis
- Fue mordida por un usuario y le fracturó 2 costillas. Antes sufrió 3 hernias de discos lumbares.

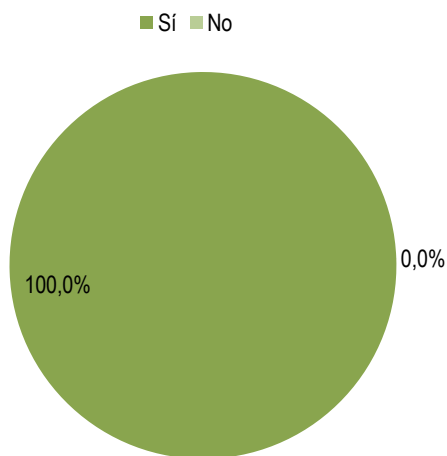
- La primera fue a la ART, dolor de ciático , por mucho esfuerzo en el trabajo La segunda caída y golpe en el trabajo

RC 2- ¿Este accidente ocurrió en su empleo actual? (N=15)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	15	100
No	0	
Total	15	

15 de las trabajadoras encuestadas respondieron que el accidente sufrido había ocurrido en su empleo actual.

RC 2- ¿Este accidente ocurrió en su empleo actual? (N=15)



RC 3- ¿Si sufrió varios accidentes, estos ocurrieron en su empleo actual?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	100,0
No corresponde	61	
Total	63	

Cuando se preguntó a las dos encuestadas que habían sufrido dos accidentes en el último año si los mismos ocurrieron en su empleo actual, el 100% (solo 2) contestó que “Sí”.

RC 4- ¿En qué fecha aproximada ocurrió este accidente?

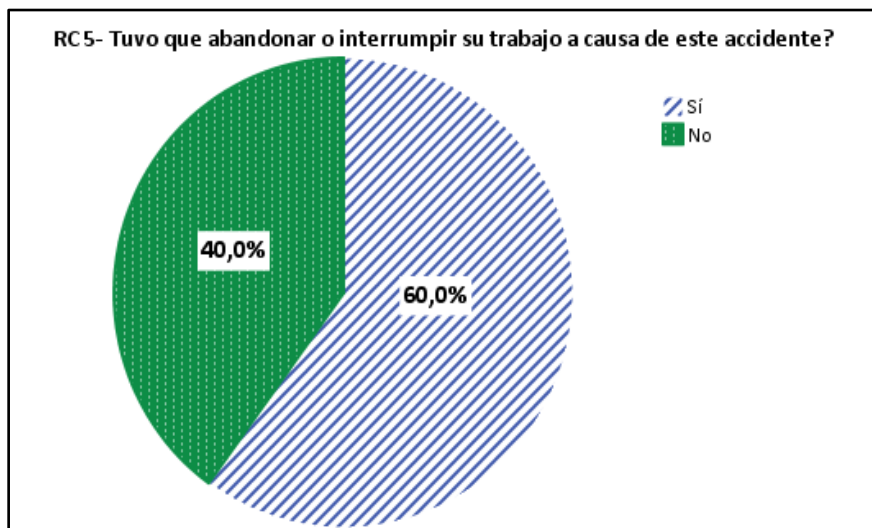
Las respuestas fueron:

- 1/6/2012
- 27/1/2015
- 17/6/2015
- 1/10/2015
- 19/11/2015
- 1/6/2016
- 1/9/2016
- 1/2/2017
- 1/3/2017
- 31/5/2017
- 15/6/2017
- 16/6/2017
- 9/8/2017
- 1/11/2017

RC 5- Tuvo que abandonar o interrumpir su trabajo a causa de este accidente?

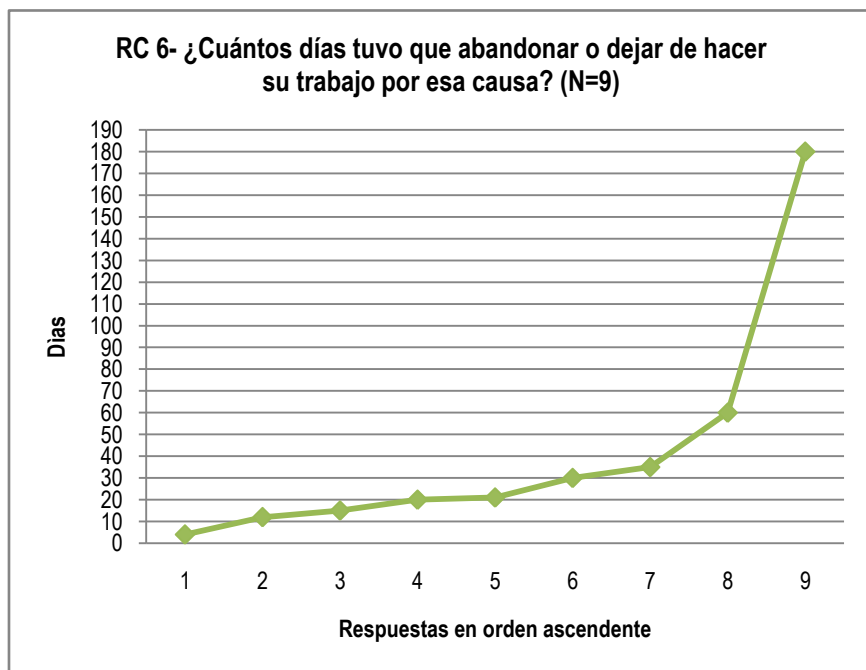
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	60,0
No	6	40,0
Total	15	100,0

El 60% de las accidentadas (9) respondió que “Sí” y el 40% (6) que “No” tuvo que abandonar o interrumpir su trabajo a causa de este accidente.



RC 6- ¿Cuántos días tuvo que abandonar o dejar de hacer su trabajo por esa causa?

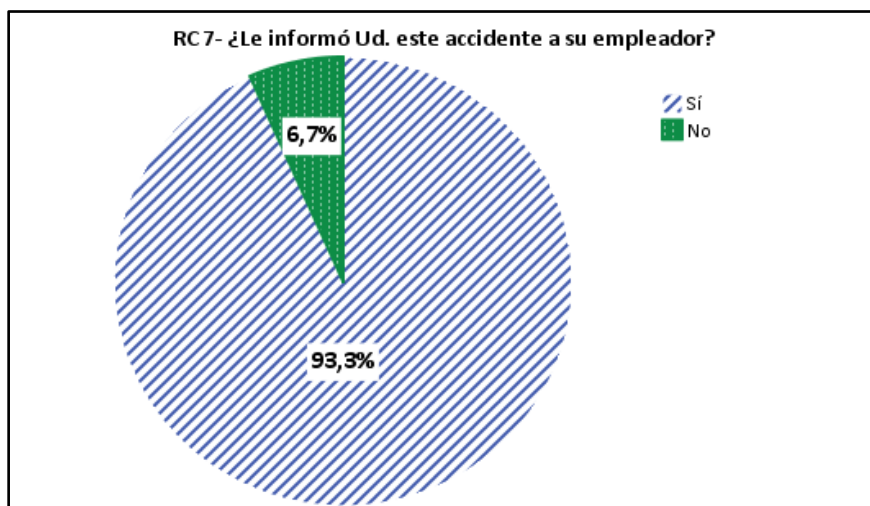
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4	1	11,1	11,1
12	1	11,1	22,2
15	1	11,1	33,3
20	1	11,1	44,4
21	1	11,1	55,6
30	1	11,1	66,7
35	1	11,1	77,8
60	1	11,1	88,9
180	1	11,1	100,0



RC 7- ¿Le informó Ud. este accidente a su empleador?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	14	93,3
No	1	6,7
Total	15	100,0

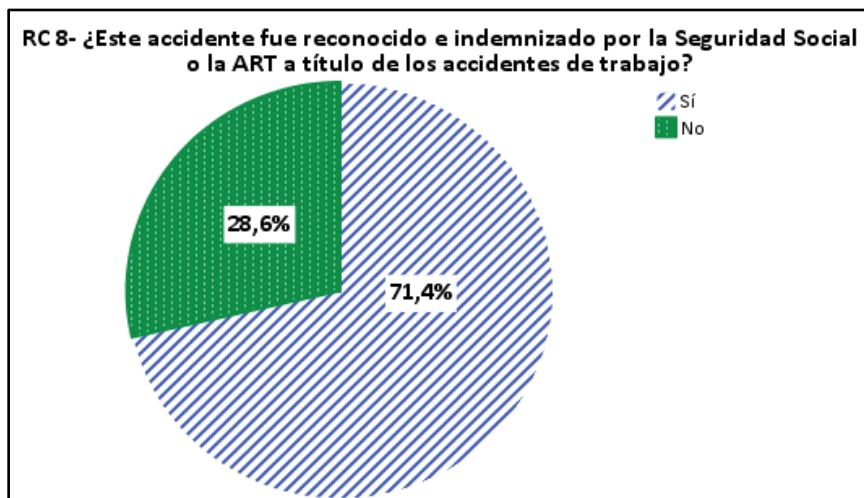
Sobre un total de 15 respuestas, el 93,3% contestó que “Sí” informó este accidente al empleador y sólo el 6,7% respondió que “No”.



RC 8- ¿Este accidente fue reconocido e indemnizado por la Seguridad Social o la ART a título de los accidentes de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	71,4
No	4	28,6
Total	14	100,0

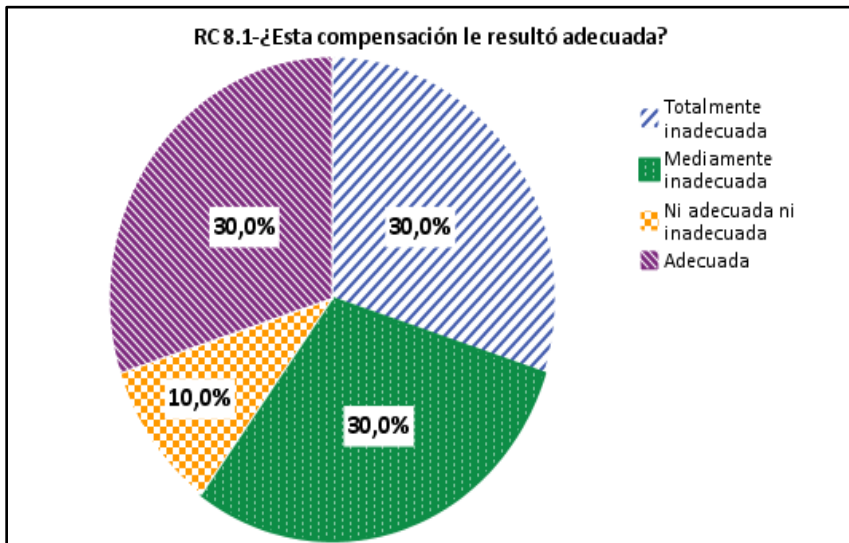
El o los accidentes fueron reconocidos e indemnizados por la Seguridad Social o la ART a título de los accidentes de trabajo para el 71,4% (10) de las encuestadas accidentadas, pero las respuestas fueron negativas para el 28,6% (4).



RC 8.1-¿Esta compensación le resultó adecuada?

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente inadecuada	3	30,0
Mediamente inadecuada	3	30,0
Ni adecuada ni inadecuada	1	10,0
Adecuada	3	30,0
Total	10	100,0

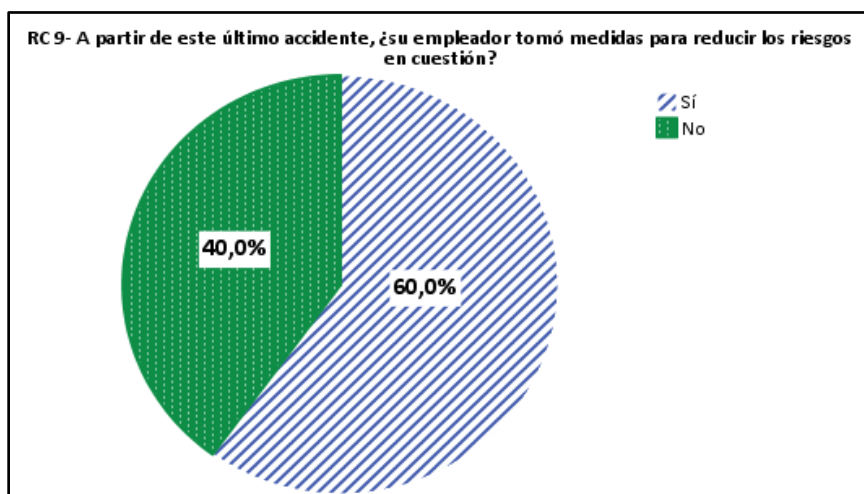
Cuando se preguntó si esa compensación les resultó adecuada, el 30% contestó que fue “Totalmente inadecuada”, el 30% “Mediamente inadecuada”, el 30% “Adecuada” y el 10% “Ni adecuada ni inadecuada”.



RC 9- A partir de este último accidente, ¿su empleador tomó medidas para reducir los riesgos en cuestión?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	60,0
No	6	40,0
Total	15	100,0

Luego del último accidente, el 60% contestó que “Sí” el empleador tomó posteriormente medidas para reducir los riesgos en cuestión, mientras que el 40% consideró que “No”.



Visión de conjunto de los accidentes de trabajo y percepción de la salud

En los últimos 12 meses, un elevado porcentaje, casi un cuarto de las encuestadas, declaró que había sufrido uno o varios accidentes de trabajo de diverso tipo en ese establecimiento y el 60% de ellas tuvo que interrumpir el trabajo por esa causa.

La casi totalidad fue informada al empleador y el 71,4% fue reconocido e indemnizado por la ART por tal causa, pero solo un 30% de los declarantes consideró que la reparación fue totalmente adecuada.

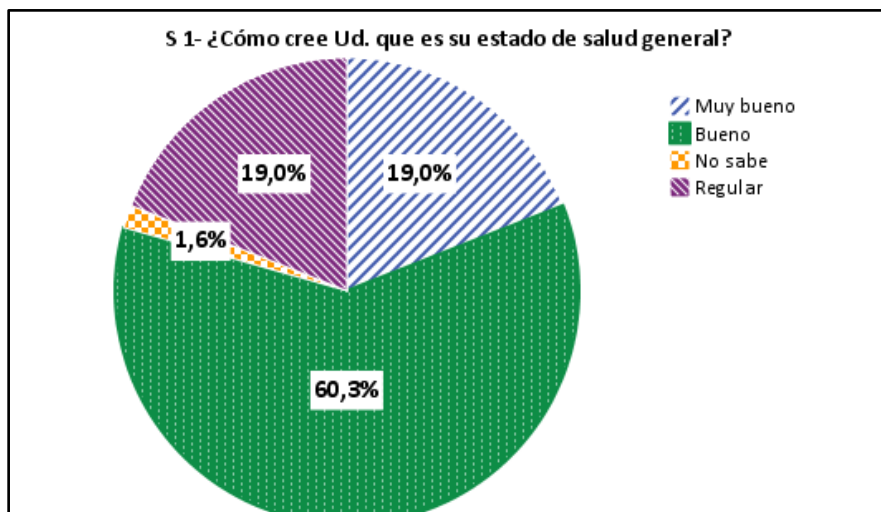
Por su parte, para el 60% de las encuestadas, el empleador tomó posteriormente medidas para controlar o reducir esos riesgos.

3.3. Estado de salud

S 1- ¿Cómo cree Ud. que es su estado de salud general?

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	12	19,0
Bueno	38	60,3
Regular	12	19,0
No sabe	1	1,6
Total	63	100,0

El 19% (12) de las encuestadas respondió que cree su estado de salud era “muy bueno”, el 60,3% (38) “bueno”, el 19% (12) “Regular” y el 1,6% “no sabe”. Pero es frecuente que haya una subdeclaración.

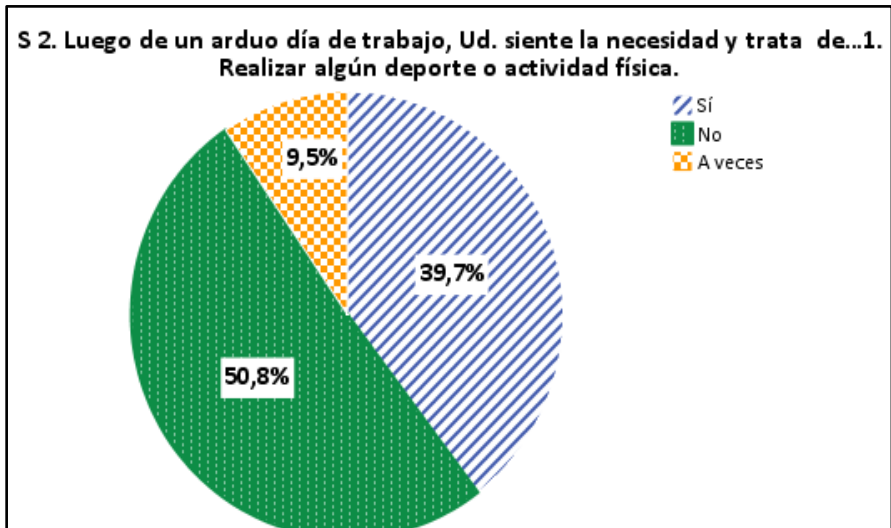


Se formularon varias preguntas sobre la necesidades que sienten las encuestadas luego de un arduo día de trabajo. Las respuestas fueron:

S 2. Luego de un arduo día de trabajo, Ud. siente la necesidad y trata de realizar algún deporte o actividad física.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	39,7
A veces	6	9,5
No	32	50,8
Total	63	100,0

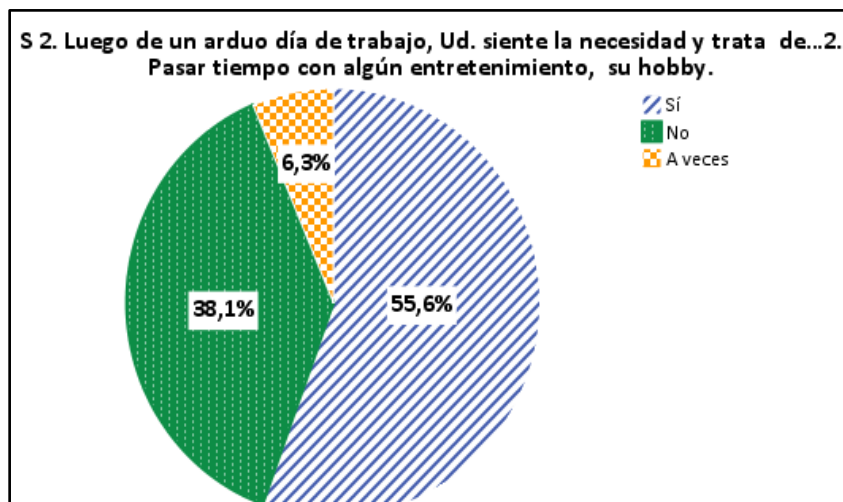
Luego de un arduo día de trabajo el 39,7% contestó que “Sí” sienten la necesidad y tratan de realizar algún deporte o actividad física, el 9,5% “A veces” y el 50,8% “No”.



S 2. Luego de un arduo día de trabajo, Ud. siente la necesidad y trata de pasar tiempo con algún entretenimiento, su hobby.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	55,6
A veces	4	6,3
No	24	38,1
Total	63	100,0

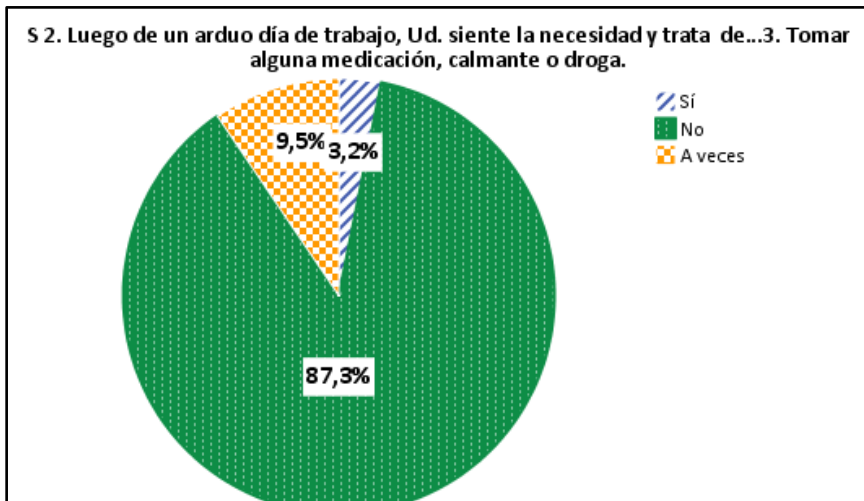
Luego de un arduo día de trabajo el 55% “Si” sienten la necesidad y tratan de pasar tiempo con algún entretenimiento u hobby: el 9,5% a veces y el 87,3% “No”.



S 2. Luego de un arduo día de trabajo, Ud. siente la necesidad y trata de tomar alguna medicación, calmante o droga.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	3,2
A veces	6	9,5
No	55	87,3
Total	63	100,0

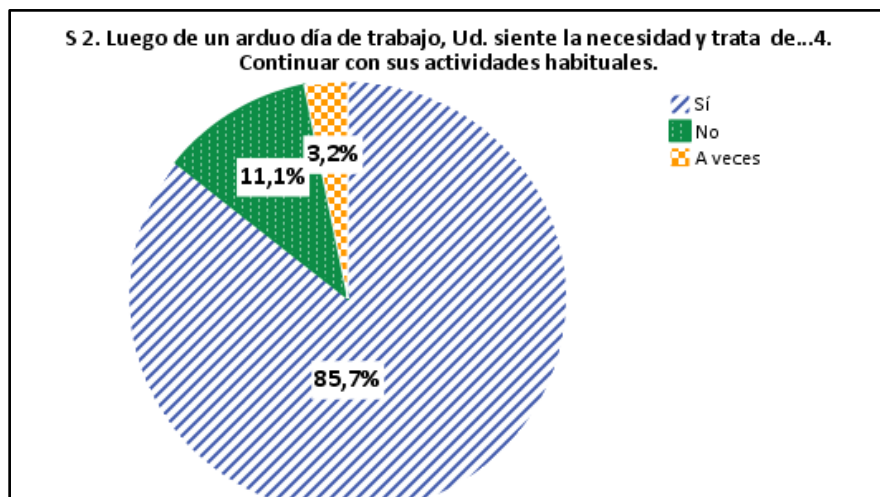
Luego de un arduo día de trabajo el 3,2% (2) contestó que “Sí”, sienten la necesidad y tratan de tomar alguna medicación, calmante o droga, el 9,5% (6) “A veces” y el 87,3% (55) “No”.



S 2. Luego de un arduo día de trabajo, Ud. siente la necesidad y trata de...4. Continuar con sus actividades habituales.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	54	85,7
A veces	2	3,2
No	7	11,1
Total	63	100,0

Luego de un arduo día de trabajo el 85,7% respondió que “Sí” sienten la necesidad y tratan de continuar con sus actividades habituales: el 3,2% “A veces” y el 11,1% “No”.



En cuanto a la percepción del estado de salud, sólo el 19% consideró que era muy bueno, mientras que el 60,3% bueno y el 19% regular.

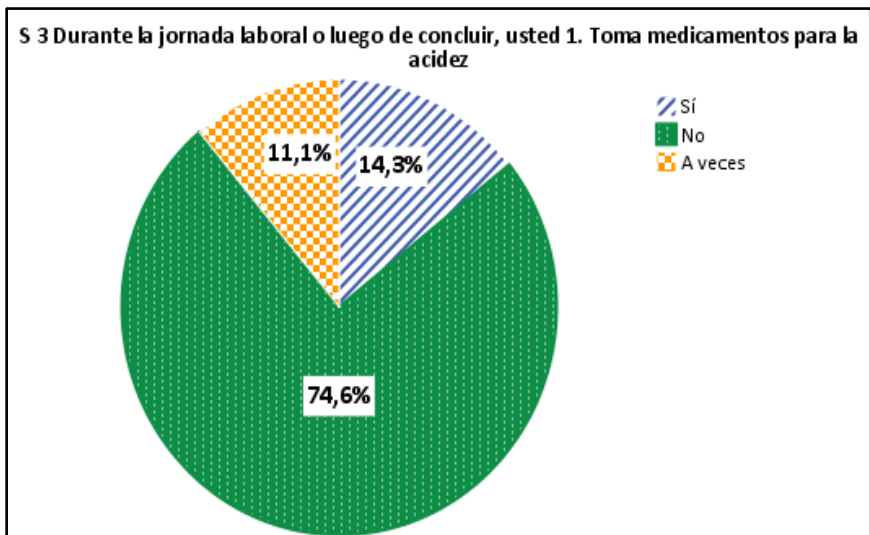
3.3.1. Consumo de medicamentos

En cuanto a la pregunta sobre el consumo de medicamentos durante la jornada laboral, o luego de concluirla, las encuestadas respondieron:

S 3 Durante la jornada laboral o luego de concluir, ¿usted toma medicamentos para la acidez?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	14,3
A veces	7	11,1
No	47	74,6
Total	63	100,0

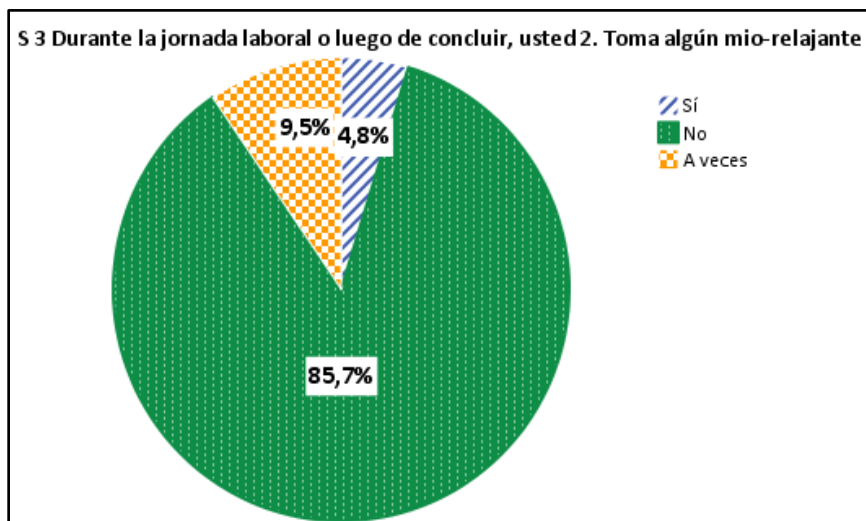
El 14,3% respondió que “Sí”, el 11,1% “A veces”(25,4% en total) y el 74,6% “No”.



S 3 Durante la jornada laboral o luego de concluir, usted ¿toma algún mío-relajante?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	4,8
A veces	6	9,5
No	54	85,7
Total	63	100,0

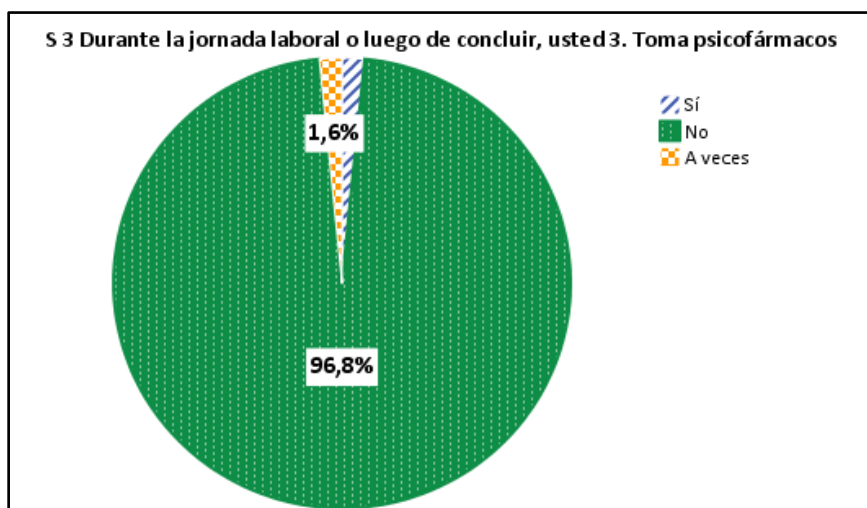
El 4,8% contestó que “Sí” toma algún mío-relajante”, el 9,5% “A veces” y el 85,7% “No” los toman.



S 3 Durante la jornada laboral o luego de concluir, usted ¿toma psicofármacos?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	1	1,6
A veces	1	1,6
No	61	96,8
Total	63	100,0

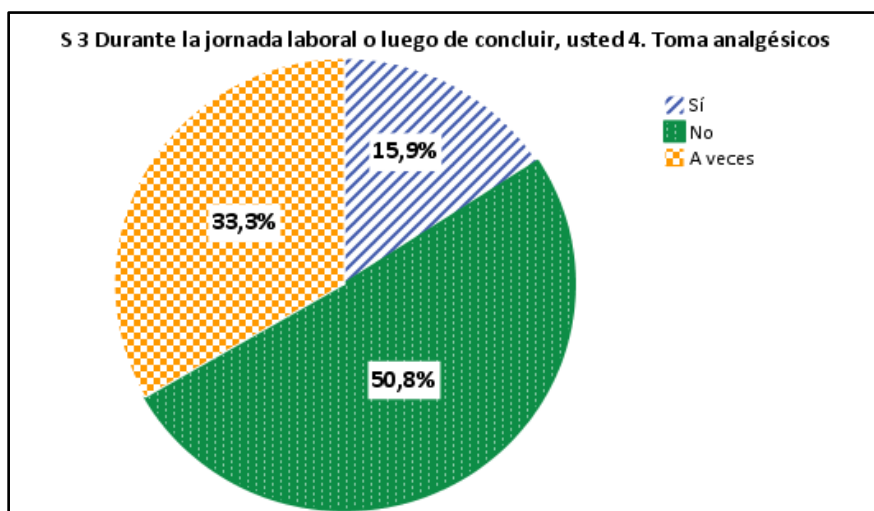
El 1,6% (1) respondió que “Sí” toman psicofármacos”, el 1,6% (1) “A veces” y el 96,8% “No”.



S 3 Durante la jornada laboral o luego de concluir, usted ¿toma analgésicos?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	15,9
A veces	21	33,3
No	32	50,8
Total	63	100,0

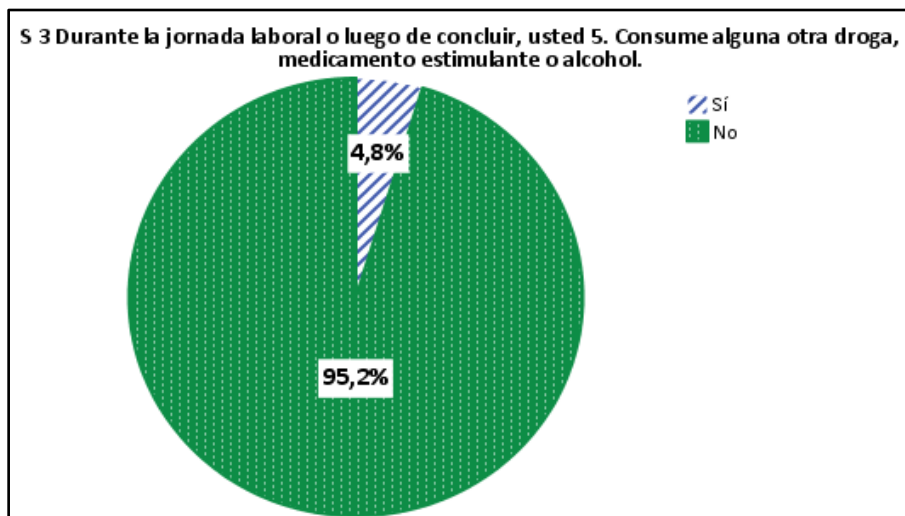
El 15,9% (1=) contestó que “Sí” toman analgésicos”, el 33,3% (21) “A veces” (49,2% en total) y el 50,8% (32) que “No”.

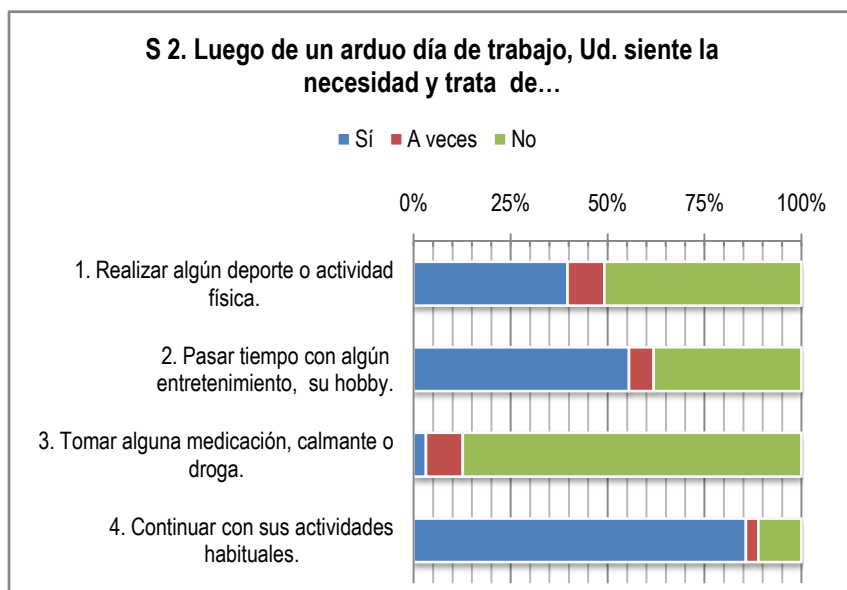


S 3 Durante la jornada laboral o luego de concluir, usted ¿Consume alguna otra droga, medicamento estimulante o alcohol?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	4,8
No	60	95,2
Total	63	100,0

El 4,8% (3) contestó que “Sí”, y el 95,2 que “No” consume alguna otra droga, medicamento estimulante o alcohol.”





Visión de conjunto

En cuanto a la percepción del estado de salud, sólo el 19% consideró que era muy bueno, el 60,3% bueno y el 19% regular.

La intensidad del trabajo y las demandas psicológicas que deben soportar son tales que, para compensar la fatiga, los dolores musculares y los trastornos músculo-esqueléticos, más de dos tercios de los encuestados manifestó la necesidad de hacer gimnasia o deportes, o bien entretenerse con algún hobby luego de la jornada laboral.

Para recuperarse de la fatiga provocada por un arduo día de trabajo, las encuestadas adoptaban varias estrategias y para compensar la fatiga o calmar los dolores consumen siempre o a veces muchos medicamentos:

- el 13% toma alguna medicación, calmante o droga,
- casi un cuarto de los encuestados toma medicamentos para la acidez,
- un 15% toma algún mio-relajante,
- el 3% toma psicofármacos,
- Llama la atención que un 51% toma habitualmente analgésicos dentro de la jornada de trabajo o en su domicilio. Esto es un fuerte indicador

de la existencia de fatiga, dolor o de un sufrimiento que se considera como inherente a su trabajo,

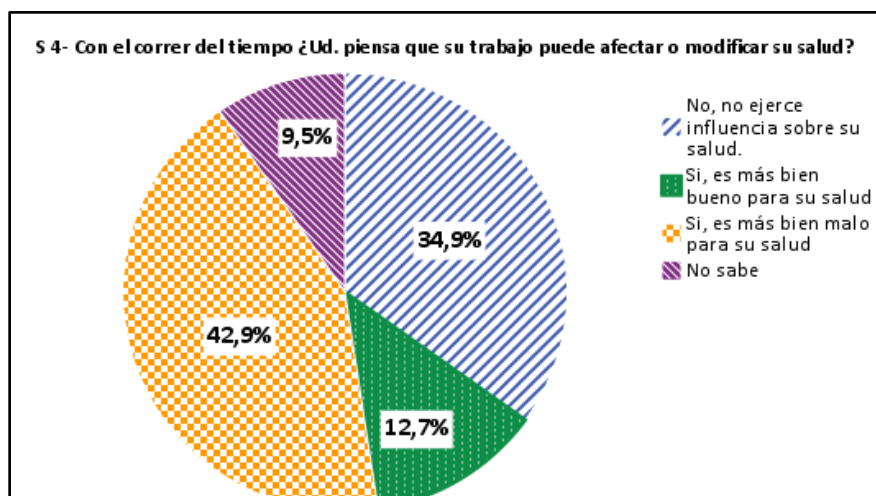
- un 5% consume drogas, medicamento estimulante o alcohol,
- casi la mitad practica siempre o a veces algún deporte o actividad física,
- el 56% trata de pasar el tiempo libre con un entretenimiento u hobby,
- el 85,7% luego de la jornada de trabajo prosigue con sus actividades habituales (posiblemente la mayoría de los que respondieron a esa pregunta sean mujeres que cumplen la “doble jornada”).

3.3.2. Relación entre proceso de trabajo y salud

S 4- Con el correr del tiempo ¿Ud. piensa que su trabajo puede afectar o modificar su salud?

	Frecuencia	Porcentaje
No, su trabajo no ejerce influencia sobre su salud.	22	34,9
Sí, es más bien bueno para su salud	8	12,7
Sí, es más bien malo para su salud	27	42,9
No sabe	6	9,5
Total	63	100,0

Cuando se les preguntó si con el correr del tiempo pensaban que su trabajo podría afectar o modificar su salud, el 34,9% (22) respondió que “No, no ejerce influencia sobre su salud”, el 12,7% (8) “Sí, es más bien bueno para su salud”, pero el 42,9% (27) respondió que “Sí, es más bien malo para su salud” y el 9,5% “No sabe”.



S 5- Desde que ingresó al organismo u organización ¿sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestia relacionada con su trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	39,7
No	38	60,3
Total	63	100,0

El 39,7% (25) contestó que desde su ingreso al organismo u organización “Sí” sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestia relacionada con su trabajo, mientras que el 60,3% (38) respondió “No”. Y cuando se solicitó identificar cuáles eran, sus respuestas fueron muy variadas como se transcribe a continuación, donde predominan los trastornos músculo esqueléticos:

S 5- Desde que ingresaron al organismo, el 42,5% de las encuestadas respondió que “Sí” sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestia relacionada con su trabajo, lo que corresponde a un porcentaje elevado.

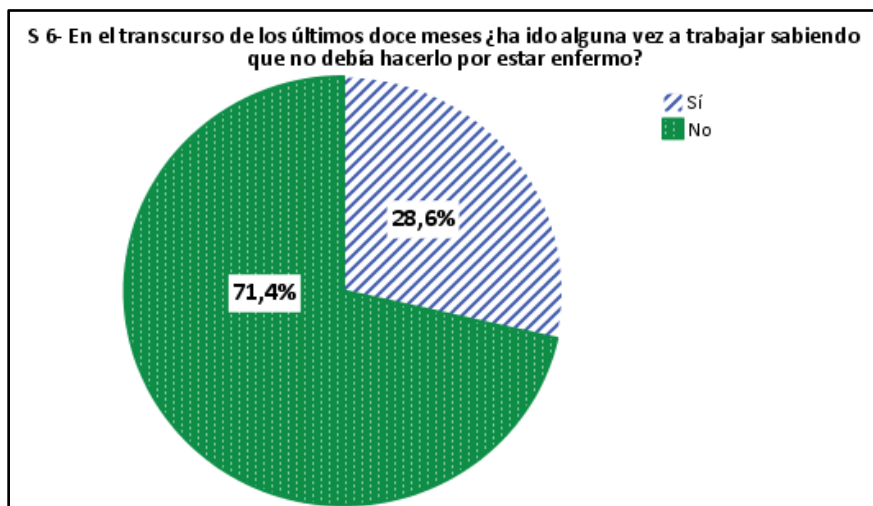
Los problemas percibidos fueron:

- “Te duele la cabeza cuando estas explotada, la espalda...me duele la espalda del trabajo”
- 3 hernias de disco lumbar
- Caída de la escalera
- Cansancio, dolores lumbares.
- Cervicales
- Ciático, tendón del brazo
- Cuidarse la columna, hay formas y formas de cambiar a los pacientes.
- Depresión, fatiga
- Dolor de columna
- Dolor de columna, cansancio mental, cambio de humor
- Dolor de espalda
- Dolor de rodillas, hernias, desgarros, por realizar mucho esfuerzo físico. “salgo de acá y me desconecto totalmente”.
- Dolor espalda, lumbalgia “estoy hace 11 años y se siente todo”. Manifiesta salir muy cansada del trabajo.
- Dolor lumbar, stress
- Dolores de columna, hombro y codo.
- Dolores en el hombro (se operó por un accidente en el trabajo)
- Dolores musculares, cervicales y de espalda
- Golpe, accidente
- Hernia inguinal
- Lumbalgia, siguió trabajando. No hace algunos trabajos. Frecuentes por forcejeos, siempre con instrumentos de seguridad
- Operación de cintura por levantar cargas pesadas. Tendinitis en el brazo
- Pico de estrés (gen borre) - aclaración en las observaciones
- Prótesis cervical columna, infiltración columna, túnel carpiano.
- RTC (reemplazo total de cadera)
- Tendinitis.

S 6- En el transcurso de los últimos doce meses ¿ha ido alguna vez a trabajar sabiendo que no debía hacerlo por estar enfermo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	28,6
No	45	71,4
Total	63	100,0

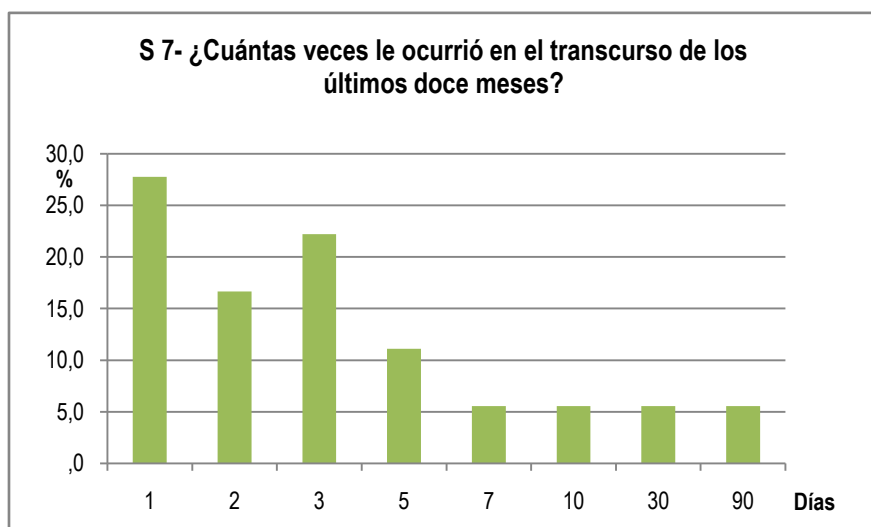
En el transcurso de los últimos doce meses el 71,4% (45) contestó que “No” había ido alguna vez a trabajar sabiendo que no debía hacerlo por estar enferma, pero el 28,6% (18) respondió que “Sí”.



S 7- ¿Cuántas veces le ocurrió en el transcurso de los últimos doce meses?

Días	Frecuencia	Porcentaje
1	5	27,8
2	3	16,7
3	4	22,2
5	2	11,1
7	1	5,6
10	1	5,6
30	1	5,6
90	1	5,6
Total	18	100

En este cuadro puede observarse la frecuencia con que las trabajadoras encuestadas habían ido alguna vez a trabajar estando enfermas, y sabiendo que podían no hacerlo. Y en el gráfico se puede observar la cantidad de veces que eso ocurrió.



Visión de conjunto

En síntesis, según el marco teórico utilizado podríamos concluir diciendo que es un trabajo intenso, que provoca dolores y lesiones, donde las demandas psicológicas son fuertes y provocan normalmente sufrimientos que tratan de compensar con el consumo de medicamentos y calmantes.

La mayoría, casi el 43%, considera que su trabajo puede afectar o modificar su salud; cerca del 35% considera que no tiene impactos sobre ella, pero sólo un 12,7% piensa que es bueno para la salud.

Casi 40% de las encuestadas contestó que sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestias relacionada con el trabajo, con fuerte predominio de los trastornos musculoesqueléticos. Estas dolencias predominan a menudo entre los trabajos en el área de salud.

Pero por diversos factores, todas las trabajadoras que se sienten afectadas y se enferman no faltan a su trabajo recurriendo a las licencias por enfermedad, aunque podrían hacerlo. En los últimos 12 meses, un 28,6% fue a trabajar alguna vez enferma cuando sabían que podían no hacerlo.

No está claro por qué causas es tan elevado el presentismo detectado (trabajadoras que van a trabajar estando enfermas cuando tienen el derecho a quedarse en su domicilio para curarse).

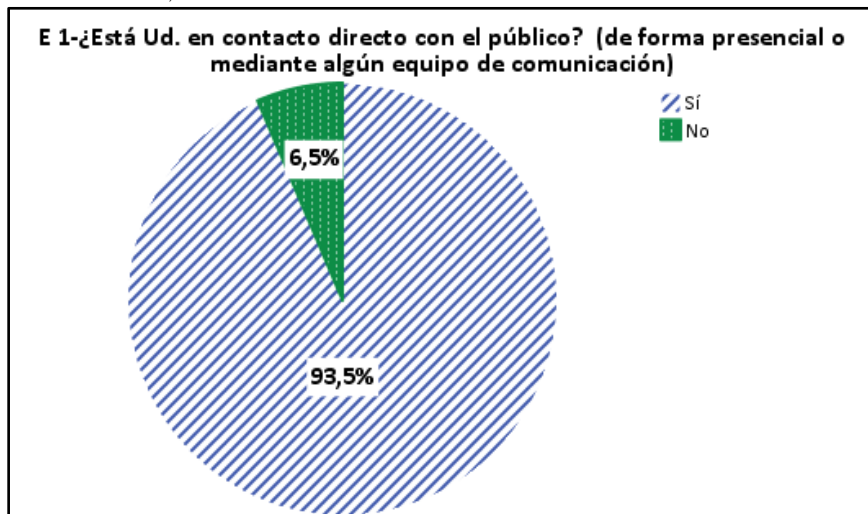
Puede explicarse por el monto de la prima por presentismo, pero más bien por el profundo sentido que le encuentran a su trabajo de atención, cuidado y acompañamiento de quienes están sufriendo, porque se sienten necesarias para el buen funcionamiento de la clínica, y por su conciencia de solidaridad para brindar apoyo social y cooperar con sus compañeras, para no hacerles más pesada la actividad de atender a numerosos pacientes y a sus familiares.

3.4. Relaciones sociales y de trabajo

E 1-¿Está Ud. en contacto directo con el público? (de forma presencial o mediante algún equipo de comunicación)

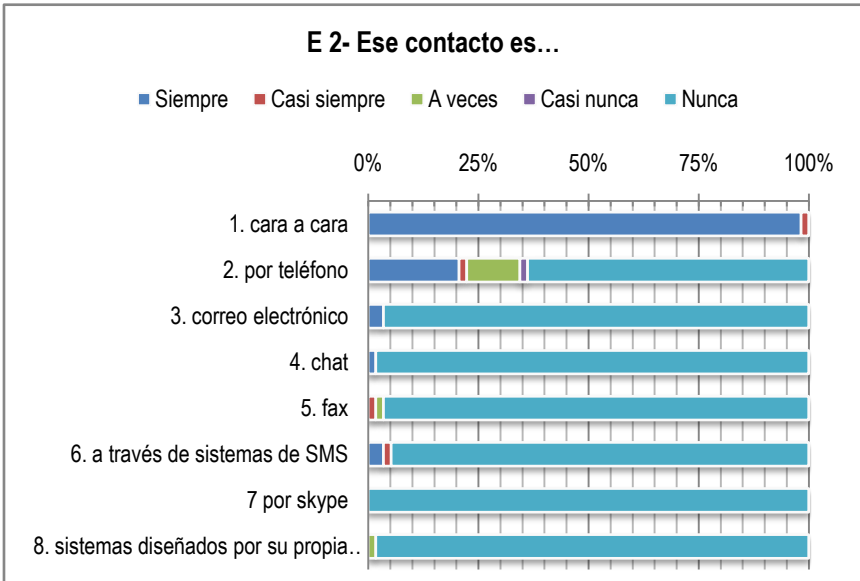
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	93,5
No	4	6,5
Total	62	100,0

En cuanto a las relaciones sociales y de trabajo, el 93,5% contestó que “Sí” y el 6,5% que “No” trabajaban en contacto directo con el público (ya fuera de forma presencial o mediante algún medio de comunicación).



Visión de conjunto

Cuando se preguntó con qué modalidad se llevaban a cabo las comunicaciones con los pacientes, familiares, clientes y usuarios, las respuestas fueron:



3. 5. Relaciones con el público, pacientes y familiares.

La casi totalidad de las encuestadas deben trabajar en contacto directo con el público o con pacientes y sus familiares. El contacto se hacía físicamente cara a cara para el 98,3% de aquellos, un tercio lo hacían también por teléfono y muy pocos por chat, fax, SMS, por *skype* o por sistemas diseñados por la propia organización. El uso de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones es todavía reducido entre las trabajadoras de la clínica.

En síntesis, según el marco teórico utilizado podríamos concluir diciendo que es un trabajo intenso, que provoca dolores y lesiones, donde las demandas psicológicas son fuertes y provocan normalmente sufrimientos que tratan de compensar con el consumo de medicamentos y calmantes.

Los trabajadores disponen de reducida autonomía para ejecutar la actividad y tienen un escaso margen de maniobra en el uso del tiempo de trabajo.

En recompensa por su actividad reciben salarios fijados por el convenio, pero no siempre obtienen un adecuado reconocimiento moral y simbólico dado su involucramiento, su compromiso emocional y la utilidad social del trabajo que ejecutan.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo y los factores de riesgo psicosociales en el trabajo que percibe el personal influyen directamente sobre su salud, la calidad de los cuidados y de las relaciones con los colegas y la jerarquía. De manera que la prevención no debe ser considerada un costo sino un componente de la calidad del servicio.

Todavía no se ha constituido el Comité Mixto de Salud Seguridad y Condiciones de Trabajo, que requiere información y formación previa.

4. Trabajo de cuidado y exigencias emocionales en la atención de personas con padecimiento mental

Patricia S. Galeano y Paula A. Ruiz

Introducción

Hemos caracterizado en un informe anterior el trabajo de cuidado y las exigencias emocionales en establecimientos de salud privado en la ciudad de La Plata (Galeano y Ruiz, 2017). Allí, en base a Gollac y Bodier (2011), definimos las exigencias emocionales en el trabajo, como la movilización afectiva que realiza quien produce trabajo con la finalidad de controlar, dominar y/o esconder emociones para generar estos mismos efectos en las personas con las que trabaja. En esta oportunidad, nos preguntamos cómo se vivencian y expresan esas exigencias emocionales en las trabajadoras de la salud que realizan tareas de cuidado de personas con padecimiento mental.

En las últimas décadas la producción del servicio de atención y cuidado de la salud, como objeto de derecho y de consumo, ha desarrollado un mercado de gran importancia en el sector privado, consolidando su financiarización y perfil tecno asistencial, acompañado por el desarrollo de la industria químico-farmacéutica. Este modelo de atención médico hegemónico, se constituyó y consolidó en el siglo pasado, estructurando el proceso de trabajo en salud en torno a las tecnologías duras (máquinas, instrumentales) y leve-duras (saberes especializados), desplazando como tareas subvaloradas a las tecnologías cuidadoras leves (Merhy; Franco, 2016). Este tipo de tecnologías se elaboran en el acto productivo relacional entre trabajador/a y paciente. Por este motivo es importante tener en cuenta en la construcción del cuidado en salud mental, cómo se

produce la atención del otro en su rol de usuario/vulnerable/paciente, qué grado de autonomía posee y se le otorga, y como se tejen los vínculos de responsabilidad hacia el sujeto de cuidado y su responsabilización por el cuidado de sí.

A partir del resultado del trabajo de campo, consistente en información surgida de las encuestas, comentarios de las personas entrevistadas y observaciones, intentaremos caracterizar la especificidad del trabajo del cuidado y las exigencias emocionales en la Clínica Privada que atiende personas con sufrimiento psíquico. Es una oportunidad también, para profundizar en indagaciones previas, proponiendo nuevos cruces y otros diálogos.

4. 1. El trabajo en Salud Mental

La noción de salud mental comprende el campo de conocimientos y prácticas en el ámbito de las políticas públicas en salud. Dicho campo se presenta profundamente complejo, con múltiples actores e intereses, donde además se conjugan y disputan, saberes y prácticas (Amarante, 2009). Basta mencionar para ejemplificar lo dicho, la estrecha y compleja relación que sostienen la medicina y la enfermería, la psiquiatría y la psicología, el poder judicial y el poder médico, etc. Estas tensiones no se presentan sólo como material de reflexión de quienes estudian el campo de la salud mental, sino que es el suelo habitual que pisan quienes trabajan allí a diario.

En el año 2010 se sancionó en nuestro país la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (LNSMyA), que caracteriza a la salud mental como “*proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*”. Esta definición marca un cambio de paradigma en la atención a personas con padecimiento mental, determinando un nuevo modelo de asistencia y apoyo a brindar desde el sector de la salud mental. Se destaca el paso de un paradigma tutelar en la atención de las personas, a otro basado en el enfoque de derechos de los ciudadanos usuarios. Se trata de un cambio en las prácticas concretas de cuidado. Sin embargo, estas modificaciones implican un proceso de apropiación y de construcción de sentidos por

parte de todo el colectivo que conforma el campo de la salud mental, de modo tal que la perspectiva de derechos humanos que propone la ley se concrete en la práctica a través del tiempo. Es decir, involucra un profundo proceso de construcción colectiva de significaciones compartidas con respecto a las normas, los saberes y las prácticas puestas en juego por todos los actores sociales que conforman el campo de la salud mental, proceso necesario para que la perspectiva de derechos que instituye la ley se concrete en la realidad social.

Nos interesa especialmente el reconocimiento de “lo social” como un campo complejo, de construcción sociohistórica, definido por la participación y disputa entre variados intereses. Esta cuestión es clave al momento de indagar en torno a la salud de trabajadores y trabajadoras, pues históricamente el discurso médico hegemónico ha reducido la salud y enfermedad de quienes trabajan a sus aspectos individuales, invisibilizando su carácter histórico, político y social. Tal como sostiene Menéndez (2005), para el discurso médico la salud y la enfermedad de quienes trabajan “no se explicará por los ritmos y tiempos de producción ni por las características y desarrollo de los procesos productivos, sino por la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad. El biologismo del modelo supone considerar la “evolución” pero no la historia de la enfermedad.” (Menéndez, 2005:12). Para el caso de quienes trabajan en salud, su salud psíquica y física se halla comprometida por la organización del trabajo y las condiciones y medio ambiente, donde desarrollan sus actividades. *“La preservación de la salud no es el resultado de una dinámica individual: ella se construye colectivamente, en una relación con los otros, por la comunicación, la cooperación, el intercambio, por el reconocimiento, el apoyo social de los colegas y el apoyo técnico de la jerarquía”.* (Neffa, 2015:56).

4.2. El trabajo de cuidado

Desde la psicodinámica del trabajo, la salud psíquica del trabajador y trabajadora resulta del equilibrio dinámico e inestable que se genera en el encuentro entre sus proyectos de vida, necesidades y sus capacidades de afrontamiento (como defensas individuales y colectivas) ante las exigencias físicas, cognitivas y emocionales del trabajo (Dejours; Gernet, 2014). Se trata de una normalidad sufriente por los límites, obstáculos,

exigencias y riesgos que la organización del trabajo y las normativas empresarias imponen, donde la construcción colectiva de las reglas del oficio, de convivencia y de defensa, apuntan a sostener el equilibrio psicoafectivo de quienes trabajan.

En ese sentido, relevar las percepciones y vivencias de trabajadores y trabajadoras de la salud mental permite tomar conocimiento de la experiencia subjetiva del trabajo vivo. El proceso de trabajo se corporifica en saberes, prácticas y modos de interactuar emocionalmente, también en una diversidad de padecimientos y modos de sufrimiento social, así como en modos de interpretar, actuar y resistir individual y colectivamente (Grimberg, 2013).

Interesa mencionar esto porque es la trama que teje y sostiene cómo serán las prácticas del cuidado, quienes serán las personas que realizan el trabajo, cómo serán esas trabajadoras (en su mayoría mujeres) y qué cuidados y descuidos son posibles. No se trata de un contexto sobre el que se proyecta una imagen de cómo se trabaja en salud mental, sino que se articula y recrea cada vez en cada práctica, en cada gesto, en lo discursivo y en los dispositivos que se generan. Por ello, como señala Natacha Borgeaud-Garciandía (2018), para conocer el trabajo del cuidado es necesario escuchar los relatos de quienes lo llevan adelante, pues se trata de una tarea compleja, donde se vinculan saberes materiales, técnicos, corporales, afectivos, etc., y la misma autora subraya que “cuidar es entrar en conflicto –con uno mismo, la propia tolerancia y el cansancio; con las resistencias de los beneficiarios; con la familia o los colegas, con las instituciones, con la organización del trabajo. Y (tratar de) superarlo” (Borgeaud-Garciandía, 2018:20).

Como señalamos anteriormente, estos trabajos del cuidado se dan en la coyuntura particular del proceso de cierre de manicomios y de la plena implementación de la Ley de Salud Mental. Otro factor determinante es que el trabajo se realiza con personas socialmente estigmatizadas, donde predomina una visión del padecimiento mental fuertemente ligada al discurso de la peligrosidad. Cabe preguntarse cómo se juegan las exigencias emocionales en el trabajo de cuidado, en esta coyuntura particular y con esta población que demanda para quien trabaja una disponibilidad especial. No hay que perder de vista, para el caso de la organización estudiada, que su propósito es la producción de cuidado. Dicha producción atañe a una compleja trama que involucra a diversos

actores, colectivos laborales y a sujetos individuales usuarios; motivados por intencionalidades, valores y características subjetivas, esa trama relacional produce un escenario complejo en la producción del cuidado (Merhy; Franco, 2016).

Como organización dedicada al cuidado y rehabilitación de la salud mental y psicofísica, la Clínica estudiada comprende una significación social particular, pues cumple una función primordial para la vida humana, y reconoce en sus prácticas la vulnerabilidad y la necesidad de cuidado a la que está sometido cualquier ser humano. Así, se instituyen un conjunto de normativas, creencias, valores, significaciones y prácticas, que se ponen en juego directa o indirectamente en cada puesto de trabajo, y que apelan a un compromiso con lo que se considera “la salud mental”, la capacidad y vulnerabilidad, el cuidado y la vida.

Acorde a lo expresado anteriormente, la institución analizada brinda sus servicios de producción de cuidado y tanto las trabajadoras de enfermería como mucamas realizan labores que se inscriben dentro de lo que se denomina “trabajo de cuidado”. Históricamente, las tareas de cuidado han sido devaluadas dentro del mercado de trabajo y asumidas por mujeres de clases populares y/o migrantes. Parte de esta situación se ve reflejada en las descripciones de los puestos de trabajo del marco normativo que regula las actividades del sector (CCT 125/77), donde muchos de los puestos están redactados en femenino. Esto, lejos de ser una conquista del movimiento de mujeres es la expresión de la feminización de los trabajos del cuidado, que son trabajos escasamente valorados, poco visibilizados y mal remunerados. Esta situación de escaso reconocimiento, se ve reflejado también en el ámbito sindical en general. Si bien más del 70% del padrón son mujeres, su representación en la toma de decisiones es nula (Informe “Hablemos del Trabajo. Conocer las condiciones para transformarlas”). Específicamente en la Clínica bajo estudio vemos que el 84,1% son mujeres trabajadoras y un 30% de ellas es migrante, provenientes de países como Bolivia, Paraguay, Colombia y República Dominicana.

La caracterización del trabajo del cuidado como “trabajo femenino” ha hecho que se transfieran supuestas características de las mujeres al colectivo de trabajo; haciendo del trabajo del cuidado una forma más de sujeción, naturalizándolo como femenino y negando su condición de trabajo. El cuidado del otro forma parte de nuestra “naturaleza humana”

en tanto la condición humana se caracteriza, entre otros aspectos, por tener la conciencia de la dependencia y vulnerabilidad de su existencia. Es por ello que, producto de una construcción histórico colectiva de una cultura del cuidado, el ser humano como ser social se preserva. Hay culturas donde el cuidado lo realiza la comunidad y no existen establecimientos asistenciales como la clínica bajo estudio. En el otro extremo, tenemos por caso la forma actual de gestionar la salud y el cuidado en nuestra comunidad. En relación a ello, es preocupante la mercantilización de la salud, la medicalización de la vida (consumo extraordinario en nuestro país de psicofármacos) y el enfoque de gestión de calidad de las instituciones de salud. Este enfoque puede entorpecer la construcción colectiva de significados, las movilizaciones subjetivas (deseo, compromiso) y modos operatorios y defensivos en el trabajo del cuidado. La organización del trabajo de cuidado, que solo hace hincapié en la gestión de la calidad, en general, no permite que pueda procesarse la ansiedad y el sufrimiento que tal actividad genera a las trabajadoras, dando lugar a formas de maltrato instituido.

Un recorrido por las teorías del cuidado muestra que en esta actividad se movilizan dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales. está ligada a la solicitud, la atención, la asistencia, la preservación de la vida y la preocupación (Borgereaud-Garciandia, 2009). Sin embargo, el *care* más que una disposición o una ética, es antes que nada un trabajo, cuya particularidad es responder a las necesidades que caracterizan las relaciones de dependencia, momento en el que se reconoce la vulnerabilidad humana. Este trabajo implica tanto tareas materiales referidas al cuidado del otro y su contexto, como un trabajo psicológico y emocional (Molinier, 2012). Asumir este trabajo como una moral femenina o natural, permite, entre otras cosas, la invisibilización del mismo, a la vez que justifica que se haga gratuitamente o con malas pagas. Dicha autora señala que hay gran dificultad para captar la experiencia concreta de las trabajadoras. Esto está ligado a cuatro características propias de dicho trabajo: es un trabajo invisible; como decíamos anteriormente, culturalmente se asocia el cuidado al rol femenino; implica llevar adelante tareas “sucias”, algunas de ellas relacionadas a la sexualidad; y por último la ideología defensiva está basada en rasgos viriles.

Respecto de la invisibilidad del trabajo de cuidado, Molinier hace referencia a que éste es exitoso cuando se realiza discretamente, sin que

se note y anticipando las necesidades de quien está siendo atendido. Es decir que el trabajo se realiza antes que se lo necesite. Estos saberes discretos conllevan un déficit de visibilidad y reconocimiento. Ante el sufrimiento ligado a ese déficit las trabajadoras implementan estrategias defensivas colectivas o individuales. Otro factor que participa (incluso como defensa) de esta invisibilidad es el afecto: el amor, la simpatía, la compasión. Su valoración por parte de las familias, los usuarios y también por las trabajadoras, resulta en una satisfacción por el trabajo de cuidado realizado y contribuye a construir una identidad profesional. El cuidado cotidiano requiere del uso de habilidades técnicas y psicológicas, hacerse con simpatía, interés por el otro y cariño, aspectos actitudinales que las técnicas de gestión y organización del trabajo en las organizaciones promueven pero no reconocen como trabajo emocional. De este modo, la compasión es un elemento afectivo necesario para sostener la relación del *care* a la vez que resulta una defensa para las trabajadoras, que logran de este modo preservarse de las situaciones de sufrimiento en el trabajo y la explotación. (Borgereaud-Garciandia, 2009).

Las categorías sociológicas de visibilidad/invisibilidad desarrolladas por Andrea Brighenti (citado en Balzano, 2012) plantean el problema de las relaciones sociales de poder y la posibilidad del reconocimiento. La visibilidad, se ubica en la intersección entre el dominio de la estética (campo perceptual) y el dominio de la política (relaciones de poder), y el medio utilizado por ambos dominios es lo simbólico (Balzano, 2012). Lo que no se ve no tiene importancia, valor, es subestimado, y como labor es descalificado. La función que cumple el reconocimiento del trabajo, dentro de las organizaciones y a nivel social, es fundamental para la salud psíquica y física. El reconocimiento simbólico del trabajo realizado, tanto por la organización como por el colectivo de trabajo, permite visibilizar e inscribir la actividad laboral como valorada en la esfera del placer y la realización de sí. (Dejours, 2013). Se tratan de elementos necesarios para la construcción colectiva de la identidad, nunca definitiva, por lo cual el reconocimiento material (remuneración) no es suficiente.

En cuanto al trabajo sucio, incluye tareas descalificadas y subvaloradas socialmente, que involucran al cuerpo y sus desechos, la sexualidad, la incapacidad. La dificultad de quienes trabajan, de expresarse sobre las vivencias con los usuarios por los tabúes implícitos en las tareas de cuidado, es uno de los motivos que obstaculizan la transmisión pública de saberes y conocimientos. Hablar del trabajo es hablar de historias de vida

compartidas entre pares, formular lo innumerable de cada vivencia subjetiva hasta lograr colectivamente una ética común, donde se elaboran límites para la transgresión y criterios del buen trabajo. Tal como señala Dejours (2013), lo esencial del trabajo no es visible ni objetivable, ya que corresponde a la esfera de la vivencia subjetiva. Hacer bien las labores prescriptas implica resolver o acometer lo que la situación de trabajo le impone a las trabajadoras en su cotidianidad, dificultad que se acentúa cuando lo esencial de sus tareas es de carácter inmaterial, como es la interacción emocional.

Las defensas que ocultan estos aspectos del trabajo están organizadas colectiva e individualmente sobre el modelo de trabajo obrero masculino, producto de la organización del trabajo capitalista asalariado. Dichas defensas producen la negación de la vulnerabilidad propia y la desvalorización de la vulnerabilidad ajena, ocultan el sufrimiento subjetivo pero favorecen la explotación y dominación de los trabajadores. Este mecanismo psicológico opera produciendo la cosificación del otro, y el desprecio por el desvalimiento. Estas actitudes dan lugar a formas de trato deshumanizado y falta de atención a los protocolos de cuidado. Pero en el caso del colectivo abocado al trabajo de cuidado, por la vía de la identificación compasiva (Molinier, 2005) se produce el acogimiento de la vulnerabilidad del otro, la expresión controlada de los propios afectos, y una negación de la vulnerabilidad propia bajo sentimientos de fortaleza/dureza, acostumbamiento, maleabilidad.

Asimismo, existe una dificultad en la labor de enfermería para establecer cuáles son los límites de incumbencia. Bajo la premisa del cuidado integral, las trabajadoras que están en contacto diario con los pacientes resultan ser el punto de convergencia de las demandas (Balzano, 2012). Esta integralidad, involucra una variedad de tareas e implica realizar el trabajo sucio de manera discreta. El tacto en el trato cuerpo a cuerpo, en la interacción de los afectos, la sexualidad, la preocupación y anticipación de las acciones, conlleva un alto grado de invisibilidad del trabajo. Lo que no se ve es difícil de cuantificar, y las tareas socialmente consideradas sucias o tabúes, resultan desvalorizadas en cuanto a las exigencias y tiempo invertidos, pero necesarias para el cuidado del otro.

4.3. El trabajo emocional

Autores como Ansoleaga y Toro (2014) señalan que, si bien toda demanda emocional pertenece a la categoría más amplia de trabajo emocional, hacen la distinción entre exigencias emocionales y trabajo emocional. La diferenciación se basaría en el origen de dichas exigencias, si estas son propias del tipo de tareas que se realizan o están dispuestas como norma del buen desempeño. En el caso de la Clínica Privada de Salud Mental, donde se realizaron las encuestas, la distinción que proponen los autores resulta difícil, ya que los trabajos del cuidado, por sus características, demandan un fuerte control de las emociones. Quienes realizan estos trabajos se encuentran expuestos a situaciones de alto impacto afectivo, con la prescripción de comportamientos que tienen como referencia normas de actuación, principios éticos y valores de orientación a pacientes.

Asimismo, Martínez Iñigo (2001) destaca respecto de la distinción entre el control de las emociones y el trabajo emocional, que el control emocional es el intento de modificar conscientemente la expresión de una emoción sentida, para sentirse mejor consigo mismo o con los demás. En cambio, el concepto de trabajo emocional hace referencia al control de una emoción que el sujeto lleva a cabo sobre sí mismo como conducta requerida dentro del desempeño laboral, para conseguir algo o a cambio de algo (su salario, aumentar las ventas, alguna compensación o beneficio, el bienestar del otro). La cuestión de importancia es que, en el sujeto, ambos aspectos pueden darse en simultáneo en el ámbito laboral, ya que no solo se responde a las demandas del rol sino también a valores y criterios propios, y a principios emanados de los códigos de ética de la profesión, o de la actividad misma que prescriben el comportamiento emocional necesario para un trabajo correcto y bien realizado. La organización empleadora es quien establece a sus trabajadoras los criterios de eficiencia y eficacia en cuanto al desempeño de las tareas asignadas y en el sector privado, la finalidad es la obtención de ganancias.

Diversos autores sostienen que no hay una definición clara del concepto de trabajo emocional, como tampoco una diferenciación específica entre sus dimensiones y factores determinantes, o sobre sus consecuencias. Pero las conceptualizaciones de los últimos años tienden a definir al trabajo emocional (TE) como la expresión de una conducta (García, Ramos, Moliner 2014). Para Martínez Iñigo (2001), el trabajo emocional

comprende los procesos psicológicos y conductas, conscientes y/o automáticas, que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional, sobre la experiencia emocional o sobre ambas, que regulan las distintas interacciones implicadas en el desempeño de un puesto y que pretenden facilitar la consecución de objetivos, operativos y/o simbólicos de mayor orden. Dicho autor señala que las organizaciones pueden prescribir la conducta deseable, estandarizando las tareas de manera que se automatiza la expresión emocional (a través de procedimientos y hábitos instituidos). Además, pueden prescribir la experiencia estableciendo qué interpretaciones y valoraciones son las esperables por las personas en diferentes situaciones, y esto tiene consecuencias sobre su expresión emocional (creencias, valores, principios). Estas normas, y la modalidad que toma la organización del trabajo, tendrán cierta variabilidad de aplicación para los diferentes agrupamientos relevados, dadas las características y requerimientos de cada puesto, aunque su alcance engloba a todos los miembros de una organización prestadora de servicios de salud mental.

El estudio del trabajo emocional ha pasado desde que fuera definido por Hochschild en la década de los 80', de ser considerado un concepto compuesto a uno más simple (García, et al, 2014). Las propuestas se orientan a entenderlo como una acción apropiada, controlada, acorde a los requerimientos laborales. El trabajo emocional se desarrolla, entonces, a través de dos estrategias: regulando sus expresiones (acción superficial) y/o la regulación de emociones (acción profunda). En cuanto a los factores que determinan el trabajo emocional, García E., Ramos J. y Moliner C. (2014), acuerdan en organizar la serie de factores estudiados en 5 grupos que consideran las características del trabajo generadoras de exigencias emocionales, tales como la motivación, las características personales de la trabajadora y el trabajador, el ambiente psicosocial de trabajo, y por último la relación con el usuario.

Dentro del primer grupo, se hallan las características del trabajo relacionadas a las *demandas emocionales*. Incluye la frecuencia, duración y la variedad de emociones, como las reglas de expresión emocional. A mayor exigencia a nivel emocional, mayor es la probabilidad de desencadenar disonancia emocional y trabajo emocional. El segundo grupo de factores, considera las características del trabajo asociadas a las exigencias emocionales que generan poca *motivación intrínseca*. Se toma en cuenta aquí la poca autonomía, la sobrecarga de trabajo, la rutina. Los

bajos niveles de factores motivacionales intrínsecos en un puesto de trabajo, se asocian a altos niveles de disonancia y/o trabajo emocional. En cuanto al tercer grupo, los factores se refieren a las *características personales* de quienes trabajan, que se asocian a la disonancia y/o trabajo emocional. Se tienen en cuenta el grado de interiorización del rol, el nivel de inteligencia emocional, y el tipo de afecto predominante (negativo o positivo). El trabajo emocional y/o la disonancia, dependerá de la afectividad del trabajador, del grado de aceptación de las exigencias del rol laboral, como de sus capacidades subjetivas para gestionar sus emociones. Con respecto al cuarto grupo de factores, incluye los aspectos del *contexto psicosocial colectivo*, por cuanto hay autores que entienden que el intercambio de emociones a través de las interacciones sociales en las organizaciones produce un contagio emocional. Se genera de este modo una experiencia emocional compartida, que influye sobre la disonancia y/o trabajo emocional. Factores como el clima emocional del grupo de trabajo y la cultura organizacional orientada a reconocer y legitimar las emociones en el trabajo, podrían ejercer un efecto sobre los estados disonantes y el desempeño del trabajo emocional. Por último, se tienen en cuenta en el quinto grupo, cuestiones relacionadas con los clientes. Como parte del contexto social del trabajador o trabajadora, principalmente en el caso de la prestación de un servicio, los *clientes/usuarios* ejercen influencia en la experiencia de disonancia y/o trabajo emocional por parte del trabajador. La interacción de crear y entregar el servicio incluye la expectativa de satisfacción del cliente, convertida en demanda de atención de calidad por la oferta que la organización realiza de sus servicios. De este modo, a mayores expectativas sobre la atención a recibir, es esperable que se generen mayores niveles de trabajo emocional.

Se subraya que los puntos anteriormente mencionados, ayudan a comprender las esferas de las exigencias emocionales en el trabajo y sus posibles conexiones con la disonancia emocional. Aún así, no contempla los complejos entramados en los que se desarrollan los trabajos, ni los atravesamientos referidos a cuestiones de género, cultura, nacionalidad y clases sociales, entre otros. Asimismo, para pensar el trabajo emocional, se focaliza en él o la trabajadora y, a partir de allí, se hace un análisis comprensivo de los elementos intervinientes. Esta forma de abordar las exigencias emocionales en el trabajo permiten, por un lado, profundizar en ciertos aspectos del sujeto que trabaja, pero se corre el riesgo de caer

en posiciones que responsabilicen o individualicen en el trabajador o trabajadora el origen de sus padecimientos en el trabajo. Adoptar esta posición sería caer sobre el eslabón más débil, donde se manifiestan las consecuencias generadas por las condiciones y el medio ambiente de trabajo, y el conjunto de riesgos de naturaleza psicosocial, derivados de un determinado modo de organización del trabajo.

El caso de la Clínica de Salud Mental Privada, en tanto organización dedicada al cuidado y rehabilitación de la salud mental y psicofísica, involucra una significación social particular, pues cumple una función primordial para la vida humana y la convivencia social, y reconoce en sus prácticas la vulnerabilidad y la necesidad de cuidado a la que está sometido cualquier ser humano. Así, se instituyen un conjunto de normativas, creencias, valores, significaciones y prácticas, que se ponen en juego directa o indirectamente en cada puesto de trabajo, y que apelan a un compromiso con lo que se considera “la salud mental”, la capacidad y vulnerabilidad, el cuidado y la vida. El trabajo en salud es trabajo vivo en acto, producido en los encuentros con los otros a través del uso de las tecnologías del trabajo en salud, tales como instrumentos y aparatos, saberes diversos, actitudes y emociones. Este trabajo con el otro y sobre el otro, es un proceso de producción no solo de un servicio de cuidado, sino también de producción de una subjetividad en permanente cambio. (Franco, 2016).

En este sentido, el trabajo emocional es considerado un arma de doble filo, por cuanto produce consecuencias positivas para los objetivos organizacionales, pero puede dañar seriamente la salud de los trabajadores. La literatura sobre el tema acuerda que, tanto la disonancia emocional como el trabajo emocional, producen niveles bajos de bienestar psicosocial. (García, et al, 2014). Consideran necesario clarificar en la conceptualización de la disonancia emocional, su función y relación con el trabajo emocional. Actualmente las investigaciones se centran en estudiar las variables individuales que puedan anteceder, mediar o modular el trabajo emocional. También, es fundamental conocer si ciertos facilitadores organizacionales permitirían amortiguar las consecuencias negativas del trabajo emocional y potenciar las positivas en la salud psicosocial de los trabajadores.

4. 4. Análisis de las exigencias emocionales

En la Clínica de Salud mental privada, las trabajadoras atienden y cuidan en sus interacciones a usuarios con variedad de patologías y diversidad de edades, que se encuentran alojados en diferentes sectores y reciben como parte de su rehabilitación psicosocial y psicofísica tratamientos específicos. Esta forma de organización, y las características de las tareas a realizar, exigen trabajar con el cuerpo sobre el cuerpo vivo del otro, operando con sus manos, sus conocimientos, habilidades específicas y emociones. El cuidado es un acontecimiento productivo que trabaja en acto en un espacio común, donde trabajador/a y usuario se influyen mutuamente (Merhy, 2016).

La psicodinámica del trabajo reconoce que lo esencial del trabajo concierne a la subjetividad en el orden de los afectos. Como tal, el deseo, el miedo, el dolor, no se manifiestan al mundo visible. Por eso, lo que se evalúa del trabajo corresponde solo a su parte materializada, objetiva, de lo producido, y no es proporcional al trabajo afectivo realizado. También, el trabajo cognitivo de la anticipación, de la astucia permanece invisible (Dejours, 2013). La dificultad de visibilidad del trabajo se acentúa en las actividades que involucran tareas inmateriales, como las de prestación de servicio, donde lo central del trabajo que se lleva a cabo es invisible.

Es en este sentido que, el trabajo emocional requerido a quien trabaja se manifiesta en la vivencia de tensión, ante la atención permanente de personas con estados emocionales que deben ser controlados o modificados. La dinámica de los actos de asistencia en forma inmediata incluye compartir el sufrimiento del otro, y también padecer los efectos de las exigencias emocionales sobre la movilización subjetiva requerida para hacer un trabajo de calidad, tanto en sus aspectos técnicos como humanizados. Es necesario para realizar un correcto trabajo de cuidado, la implicación subjetiva justa, medida, para establecer una relación psicoafectiva con su actividad de transformación terapéutica de aquellos que están bajo su cuidado (Borgeaud-Garciandía, 2016).

Los riesgos para el trabajador y la trabajadora de la salud, es quedar prisioneros de una forma de producción del cuidado que no les posibilite cuidar de sí mismos (Franco; Merhy, 2016). El eje de análisis que indaga sobre la intensidad y ritmo de trabajo, y las exigencias físicas y cognitivas

involucradas, pone de manifiesto la autonomía restringida, y el efecto de desgaste psíquico y físico, que acompaña la domesticación de los afectos propios. De este modo, ciertos comportamientos que se exigen desde la organización o desde el oficio, posibilitan la emergencia de malestar y padecimiento. El compromiso con la emocionalidad de los otros, la necesidad de “controlar” estas emociones y generar estados de ánimo positivos, se asocian al riesgo de padecer fatiga emocional y *burnout*. Por otro lado, el trabajo emocional expone al trabajador o trabajadora a la disonancia emocional por conflictos éticos y de valor, esto es, cuando no existe congruencia entre el estado emocional vivenciado y el que debe expresar (Martínez Iñigo, 2001).

4. 5. Dimensiones de análisis de las exigencias emocionales

Para analizar este factor de riesgo psicosocial en el trabajo, se toman en consideración cuatro dimensiones que permiten evaluar las exigencias emocionales en un puesto:

- a. Estar en relación con el público
- b. Estar en contacto con el sufrimiento
- c. Tener que esconder las emociones
- d. Tener miedo (necesidad de esconderlo o controlarlo)

a) Estar en relación con el público.

El 93,5% de las personas encuestadas están en contacto directo con pacientes o familiares. Es decir, que el conjunto de la organización está estructurado para funcionar de acuerdo con dinámicas destinadas al trabajo de cuidado que implican el reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia, la invisibilidad, la anticipación, etc. De las 62 personas encuestadas, solo 4 respondieron que no están en contacto directo con los usuarios del servicio. De esta forma, la organización en su totalidad está expuesta a altas demandas emocionales, no solo por el alto porcentaje de trabajadoras que están en contacto directo con usuarios del servicio de salud, sino que además la población que atiende requiere un modo de abordaje particular al tratarse de pacientes que experimentan sufrimiento psíquico. Decíamos anteriormente que nos encontramos con

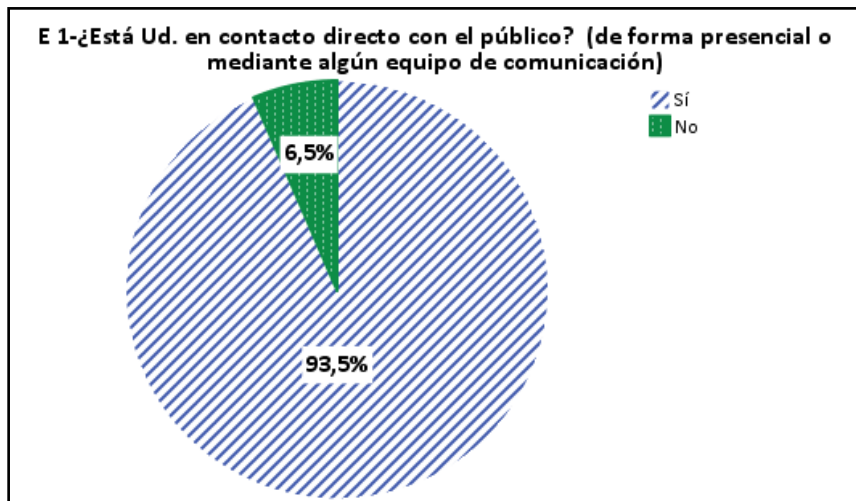
una población altamente vulnerable y estigmatizada que demanda atención especializada.

En este caso, frente a la pregunta de si está en contacto directo con el público de forma presencial o mediante algún equipo de comunicación, tenemos los siguientes resultados que también se expresan en tablas y gráficos:

E 1-¿Está Ud. en contacto directo con el público? (de forma presencial o mediante algún equipo de comunicación)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	93,5
No	4	6,5
Total	62	100,0

En respuesta a la pregunta "E 1-¿Está Ud. en contacto directo con el público? (de forma presencial o mediante algún equipo de comunicación)" el 93,5% indicó "Sí" y el 6,5% "No".

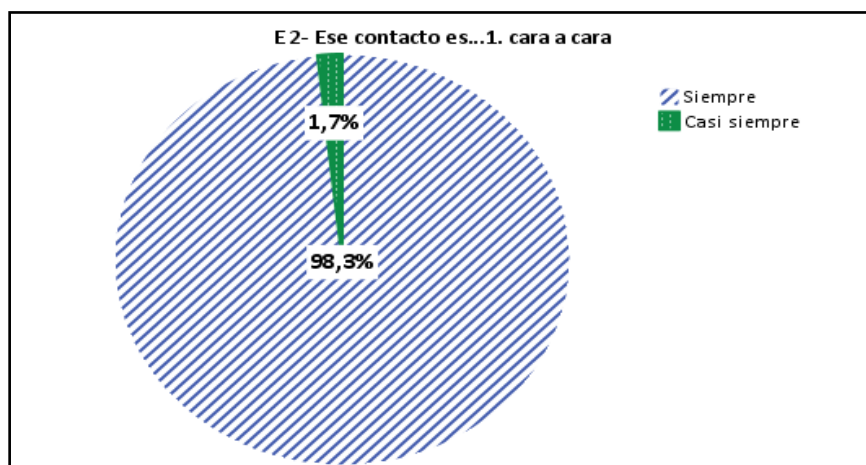


De este 93,5% que trabaja en contacto con el paciente, el 98,3% lo hace cara a cara "Siempre" y el porcentaje restante "Casi siempre". Es decir, que prácticamente la totalidad de las personas trabajan de cara al usuario del servicio de salud. El conjunto de la organización está expuesta a altas exigencias emocionales, en tanto deben (por la esencia misma de la tarea del cuidado) moldear, dominar o esconder emociones, para producir los efectos esperados. Esto implica, por parte de quien gestiona el establecimiento de salud, redoblar los esfuerzos organizacionales para evitar el sufrimiento que produce la movilización afectiva continua con personas en situaciones de fragilidad psíquica.

E 2- Ese contacto es...1. cara a cara

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	57	98,3
Casi siempre	1	1,7
Total	58	100,0

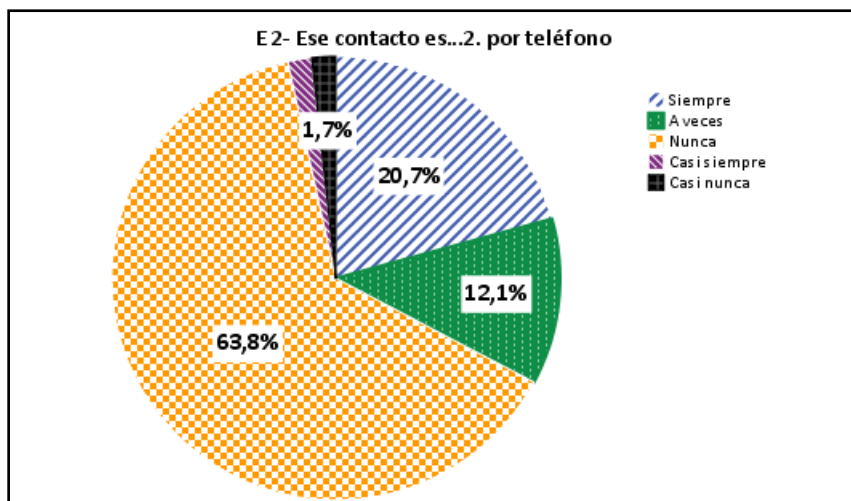
En respuesta a la pregunta "E 2- Ese contacto es...1. cara a cara" el 98,3% indicó "Siempre" y el 1,7% "Casi siempre".



E 2- Ese contacto es...2. por teléfono

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	12	20,7
A veces	7	12,1
Nunca	37	63,8
Casi siempre	1	1,7
Casi nunca	1	1,7
Total	58	100,0

En respuesta a la pregunta "E 2- Ese contacto es...2. por teléfono" el 20,7% indicó "Siempre", el 12,1% "A veces", el 63,8% "Nunca", el 1,7% "Casi siempre" y el 1,7% "Casi nunca".



Como señalamos anteriormente, en la encuesta se ha preguntado si la comunicación con los usuarios del servicio se realiza por otros medios que no sean cara a cara (sea telefónicamente, vía mail, fax, etc.). Dichas preguntas no han arrojado datos que a nuestro entender merezcan ser

ponderados aquí. Quizás, y dado el alto número de enfermeras y mucamas encuestadas, llama la atención el porcentaje del personal que está en contacto con pacientes y familiares a través de vías telefónicas. De este modo el 34,5% expresa estar en contacto telefónico con pacientes o familiares (20,7% "Siempre", 12,1% "A veces", 1,7% "Casi siempre") Mientras que el 65,5 % expresa que nunca tiene este tipo de contactos (63,8% "Nunca", 1,7% "Casi nunca"). Queda la pregunta sobre qué tipos de contactos tienen, con quiénes y qué demanda para quienes tienen la tarea extra de mantener comunicaciones telefónicas a diario. En este sentido, durante el trabajo en terreno, una de las encuestadoras pudo observar como la enfermera encargada del sector atendió por teléfono a un familiar de una anciana internada. La persona que llamó reclamaba que no enciendan los ventiladores durante la noche porque su familiar se enfermaba.

Retomando la referencia de Natacha Borgeaud-Garciandía (2018) sobre cómo conocer el trabajo del cuidado y la importancia de escuchar los relatos de quienes lo llevan adelante, una de las enfermeras entrevistadas expresa que en general las interrupciones en su trabajo son un aspecto positivo, porque es una urgencia y quizás lleve a salvar la vida de una persona. Así señala, "*si un paciente se broncoaspira tengo que salir a salvarlo.*" Es de subrayar, que según el Informe anual 2018 de la Comisión Provincial por la Memoria, la broncoaspiración es una de las causas de muerte producidas en lugares de internación por razones de salud mental en los sectores públicos y privados. También, se evidencia en el informe la falta de registro y de criterios comunes de las causas de muerte en el marco de las internaciones por salud mental. Interesa señalar esto porque en el caso de la atención en salud mental, estar en contacto con los pacientes, implica realizar tareas de cuidado, asistencia, toma de medicamentos y también lidiar con la posibilidad de la muerte.

Asimismo, la intensidad del trabajo nos permite tener una idea de cómo son esos contactos. Las enfermeras expresan que el trabajo es duro, que son dos plantas donde se distribuyen los pacientes (28 camas por enfermera) por lo que hay que subir y bajar escaleras para esta cantidad de pacientes. Hay que señalar que la *reglamentación de establecimientos destinados a la atención de personas con discapacidad* admiten solo 12 camas por enfermera. Se trata de un exceso para las trabajadoras que no solo deben administrar y gestionar sus emociones para producir su trabajo, sino que muchas veces es en la urgencia de la vida y con un sobre

número de más del doble en los pacientes que atienden. Este marco no puede menos que restar energía psíquica para la elaboración y gestión de las emociones, para hacer un trabajo de calidad y acorde con los valores del trabajador/a o del colectivo.

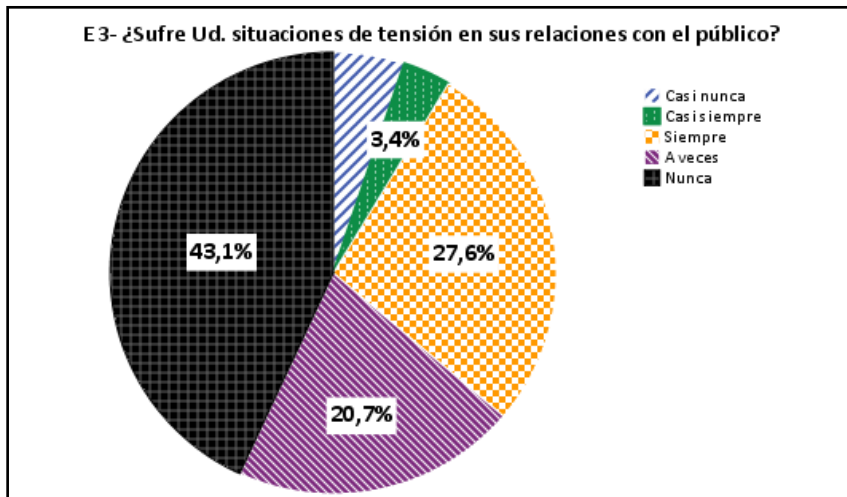
b) Estar en contacto con el sufrimiento

En el informe anterior (Galeano y Ruiz, 2017), señalamos que las demandas emocionales “aluden a las exigencias de tipo emocional constitutivas de cualquier trabajo, que variarán según las distintas ocupaciones y el grado de involucramiento que requiera en el trato directo y en el intercambio emocional con otros”. Estas exigencias pueden actuar generando daño al trabajador o trabajadora; o por el contrario, incidir en la expresión emocional propia y ajena, con un efecto de satisfacción por la experiencia de desafío para sí mismo y de impacto sobre el estado de ánimo del paciente. En este punto se considera la situación cotidiana de sufrir tensión en las relaciones con el paciente o usuario. Se considera también la posibilidad de estar en contacto con personas en situación de angustia. Por último, se indaga la necesidad de calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas o coléricas mientras se trabaja. La última pregunta grafica bien la definición de exigencias emocionales, en tanto es clara la maniobra que quien trabaja hace, para controlar las emociones de usuarios que son asistidos. A continuación, presentaremos las preguntas, las frecuencias y por último realizaremos el análisis de éstas.

E 3- ¿Sufre Ud. situaciones de tensión en sus relaciones con el público?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	27,6
Casi siempre	2	3,4
A veces	12	20,7
Casi nunca	3	5,2
Nunca	25	43,1
Total	58	100,0

En respuesta a la pregunta "E 3- ¿Sufre Ud. situaciones de tensión en sus relaciones con el público?" el 27,6% indicó "Siempre", el 3,4% "Casi siempre", el 20,7% "A veces", el 5,2% "Casi nunca" y el 43,1% "Nunca".



El 51,7% (27,6% "Siempre", 3,4% "Casi siempre", 20,7% "A veces"), expresa sentir situaciones de tensión en sus relaciones con pacientes y familiares. El 43,1% (5,2% "Casi nunca" y 43,1% "Nunca") expresa no sentir situaciones de tensión en sus relaciones en el trabajo. Si recordamos que prácticamente la totalidad de la organización está en contacto con pacientes y/o familiares, podemos entender que, bajo la lupa de las exigencias emocionales, es una situación de alta demanda y movilización afectiva para sostener el trabajo.

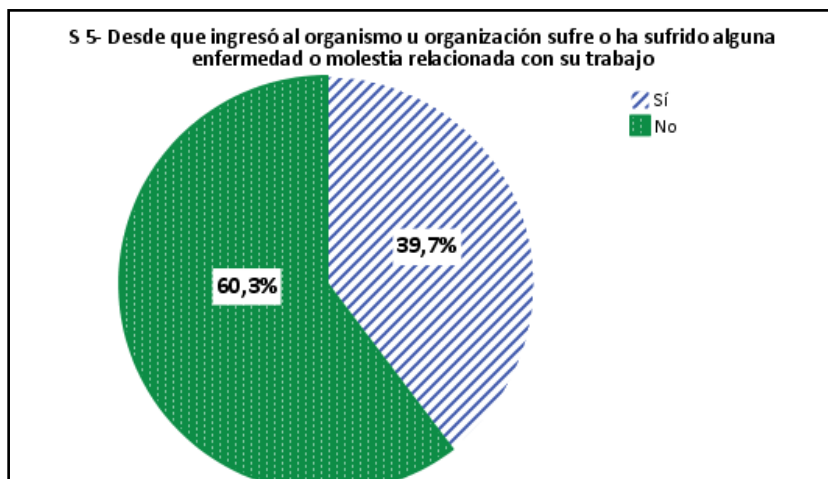
La tensión tiene su correlato a nivel físico y si bien la expresión de ésta es singular, la exposición constante a dicha emoción puede producir diferentes malestares. En este sentido, son interesantes los resultados a las indagaciones sobre enfermedades o molestias relacionadas en el trabajo. El 39,7% expresa que ha sufrido enfermedades o molestias debido al trabajo, y es interesante subrayar algunas de esas molestias o enfermedades que pueden encontrar en la vivencia cotidiana de tensión, uno de los múltiples orígenes del malestar. Muchas de las personas

entrevistadas manifiestan sentir gran cansancio, fatiga, cansancio mental. Una de las entrevistadas manifiesta sentir dolor de cabeza y agrega: "*Te duele la cabeza cuando estás explotada, la espalda, me duele la espalda del trabajo*". En otra entrevista se pone de manifiesto algo similar y expresa sentir dolor de columna, cansancio mental, cambio de humor. Muchas de ellas manifestaciones de un esfuerzo que no es solo físico, sino emocional. De este modo las trabajadoras expresaron que sienten: "Cansancio, dolores lumbares."; "Depresión, fatiga"; "Dolor de columna, cansancio mental, cambio de humor"; "Dolor de rodillas, hernias, desgarros, por realizar mucho esfuerzo físico. Salgo de acá y me desconecto totalmente."; "Pico de estrés."

S 5- Desde que ingresó al organismo u organización sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestia relacionada con su trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	39,7
No	38	60,3
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "S 5- Desde que ingresó al organismo u organización sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestia relacionada con su trabajo" el 39,7% indicó "Sí" y el 60,3% "No".

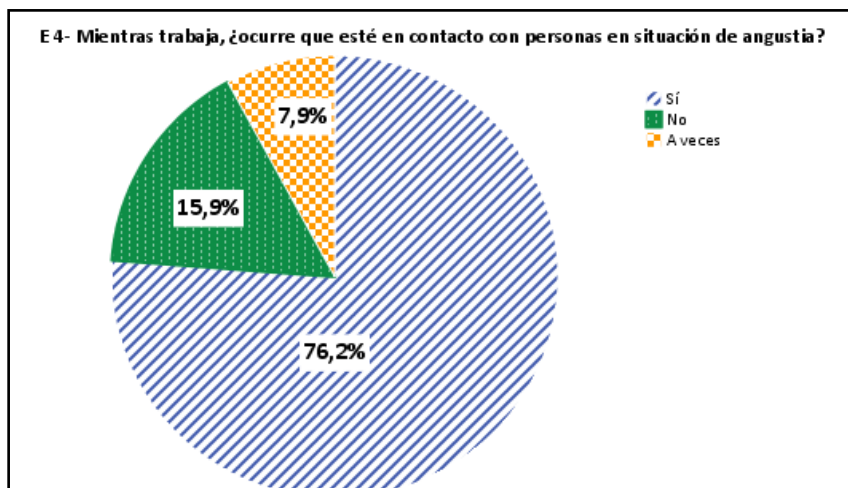


Por otro lado, se consideran las indagaciones y resultados relacionados al contacto de quienes trabajan con personas en situación de angustia.

E 4- Mientras trabaja, ¿ocurre que esté en contacto con personas en situación de angustia?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	48	76,2
A veces	5	7,9
No	10	15,9
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "E 4- Mientras trabaja, ¿ocurre que esté en contacto con personas en situación de angustia?" el 76,2% indicó "Sí", el 7,9% "A veces" y el 15,9% "No".

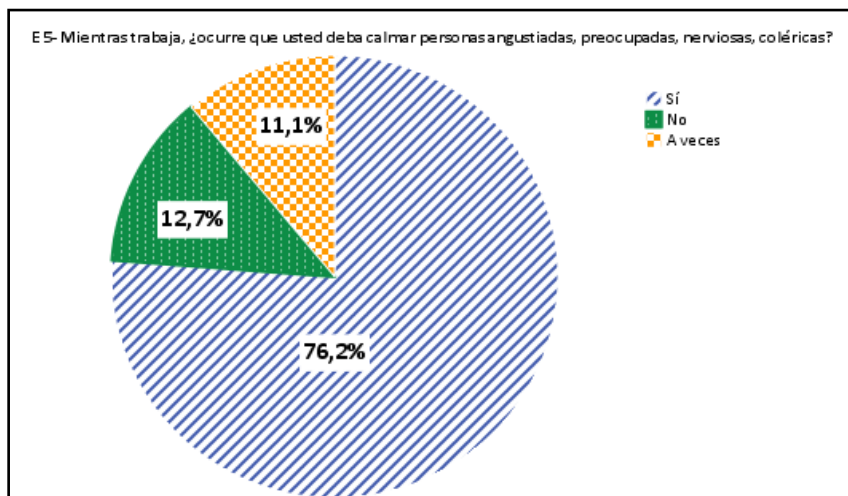


Es significativo el alto porcentaje de trabajadoras, el 84,1% (76,2% indicó "Sí" y 7,9% "A veces") que está en contacto con personas en situación de angustia. Si tenemos en cuenta que la angustia es un afecto muy penoso para quien lo padece y que le exige cierta elaboración inmediata, nos preguntamos qué le concierne a quien trabaja con personas en ese estado. ¿Cómo se cuida en una crisis de angustia? ¿Cómo se realiza el trabajo en la angustia? Algunas trabajadoras relatan la experiencia de sentir que no es lo mismo un paciente con padecimiento mental que aquellos que tienen otras dolencias. Relatan situaciones de miedo, estrés y altas exigencias frente a los "pacientes psiquiátricos". Frente a la situación de tener que calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas o coléricas, son muchas las trabajadoras que responden afirmativamente:

E 5- Mientras trabaja, ¿ocurre que usted deba calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas, coléricas?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	48	76,2
A veces	7	11,1
No	8	12,7
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "E 5- Mientras trabaja, ¿ocurre que usted deba calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas, coléricas?" el 76,2% indicó "Sí", el 11,1% "A veces" y el 12,7% "No".



El 87,3% (76,2% indicó "Sí", el 11,1% "A veces") expresa que mientras trabaja debe calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas o enojadas y solo el 12,7% responde que no. Uno de los trabajadores entrevistados relata las situaciones que viven a diario con las personas internadas por razones de salud mental. Comenta que vivenció

situaciones de tensión cuando se enteró que una ex paciente se suicidó o cuando hay familiares que no visitan a las personas internadas. Quienes trabajan en la clínica, relatan escenas donde contienen situaciones de desborde o crisis mediante el uso de la fuerza. Estas observaciones nos permiten pensar la tesitura y densidad del “material” con el que se trabaja y los modos de abordaje de la situación y las consecuencias.

En primer lugar, la movilización afectiva, la pronta respuesta para la intervención y su consecuente desgaste, son generadores de gran impacto a nivel subjetivo. Surge la pregunta que ya formulara Dejours (2014) sobre cómo se sostiene la normalidad en el trabajo, aludiendo a que es necesario explicar el mantenimiento de “la normalidad” en el trabajo.

“La normalidad es comprendida como el resultado de una lucha incesante que renueva y reconstruye en contra del riesgo de enfermedad y de descompensación. Es entonces la normalidad la que adquiere el status de enigma y ya no la patología. La clínica del trabajo revela que para seguir siendo “normales” los sujetos conciben estrategias para defenderse del sufrimiento experimentado por la confrontación con las condiciones y los modos de organización del trabajo. La normalidad resulta del compromiso entre el sufrimiento y las defensas elaboradas para soportar ese sufrimiento, compromiso que siempre puede ser desestabilizado, lo que justifica su designación como una “normalidad que sufre”.

Las defensas juegan un papel decisivo en el cruce entre trabajo con personas con padecimiento mental, exigencias emocionales y sufrimiento en el trabajo. Y sería interesante indagar cómo operan en particular en este colectivo de trabajo.

Otra arista de las exigencias emocionales y de las situaciones anteriormente explicitadas, surge al pensar las intervenciones, “las mejores formas” de hacer el trabajo en estas situaciones que resulten en un bien para el paciente y quien trabaja. Si bien sabemos que hay protocolos de actuación para estas situaciones, es fundamental que quienes trabajan en salud mental lo sepan, lo manejen y puedan ponerlo en práctica a la hora de lidiar con situaciones agudas. No poder lidiar con las crisis agudas, no solo genera gran frustración, un esfuerzo innecesario por la movilización de recursos afectivos, cognitivos, etc. sino que además no suele ser la opción que contribuye al bienestar del paciente. Esto

último favorece la aparición de conflictos éticos y de valor en el trabajo, siendo otro factor que empuja al sufrimiento.

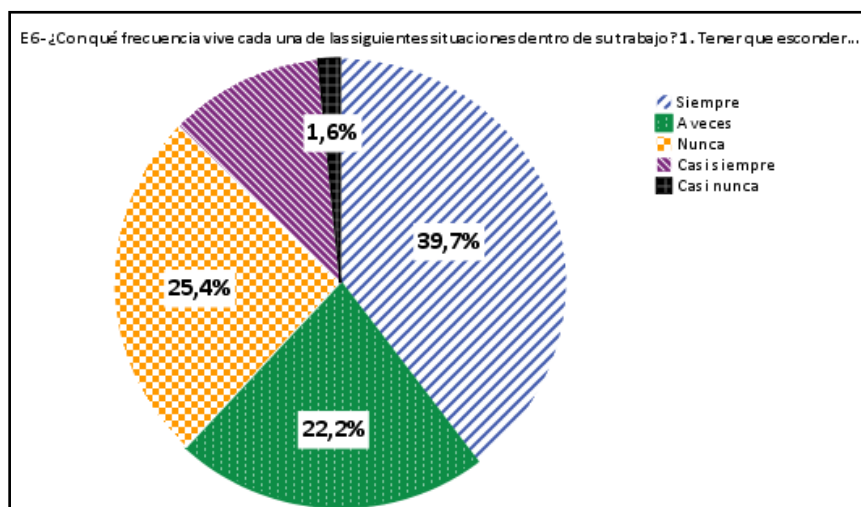
c) Tener que esconder sus emociones/evitar dar su opinión

En este apartado, se analiza la necesidad que se impone a la trabajadora de gestionar sus estados de ánimo, para producir las emociones adecuadas o convenientes con cada situación, escondiendo emociones o evitando dar opiniones. De ese modo, el proceso de interacción con los usuarios o familiares, y otros colectivos de trabajadores, resulta congruente con el comportamiento o desempeño esperado por parte de la trabajadora (Galeano y Ruiz, 2017). Hay que recordar que el trabajo de cuidado es un trabajo en vivo, que implica elaborar la actividad de la interacción con los otros, en un nivel cognitivo y afectivo para la conveniente expresión de las emociones a través de las posturas, gestos y palabras, orientados al logro de objetivos específicos. El encuentro con el cuerpo del otro, vulnerable, sufriente, afecta a quienes trabajan en el plano de lo sensible: la mirada, la escucha, el tacto. El cuerpo (simbólico) también interviene, como normas de la sociedad en general, las reglamentaciones del trabajo, las disposiciones de la gestión, etc. (Franco, 2016).

E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? 1. Tener que esconder sus emociones o fingir estar de buen humor

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	25	39,7
Casi siempre	7	11,1
A veces	14	22,2
Casi nunca	1	1,6
Nunca	16	25,4
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? 1. Tener que esconder sus emociones o fingir estar de buen humor" el 39,7% indicó "Siempre", el 11,1% "Casi siempre", el 22,2% "A veces", el 1,6% "Casi nunca" y el 25,4% "Nunca".



Encontramos que es significativamente alto el porcentaje de respuestas que expresa tener que esconder sus emociones o fingir estar de buen humor. El 73% de las entrevistadas representado por 46 personas (39,7% "Siempre", 11,1% "Casi siempre", 22,2% "A veces") manifestó la necesidad de ejercer autocensura sobre su estado emocional, influenciando su desempeño laboral. En cambio, el 27% de las trabajadoras manifiesta que nunca o casi nunca debe hacerlo.

En un alto porcentaje, se ve cómo se gestionan estados de ánimo y producen emociones correctas para interactuar con los usuarios o sus familiares y otros colectivos de trabajadoras. Esto se impone a la trabajadora como una carga adicional y específica, además de lo que podrían ser las demandas cognitivas o de comportamiento. (Ansoleaga E. & Toro JP, 2014). Es llamativa la alta intensidad de la respuesta emocional requerida sobre la propia vivencia emocional, con respuestas

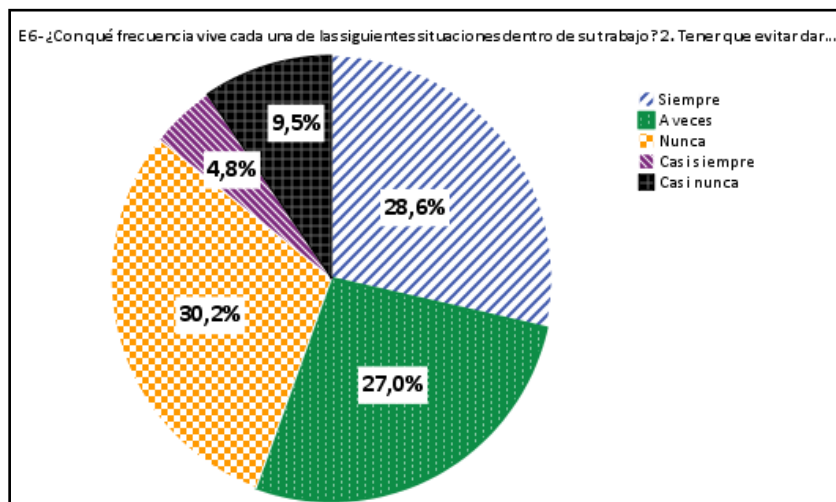
“siempre” y “casi siempre” que suman 32 personas (50,8%). Este trabajo emocional, de variada intensidad según las tareas y turnos a las que están asignadas las trabajadoras, es una importante carga psíquica, que vemos expresada también en el trato directo con el público, donde la vivencia de tensión en dichas interacciones es alta para 18 trabajadoras (31%), y ocasional para 12 de ellas (20,7%).

La tensión de procesar las emociones vehiculizadas en las interacciones con los usuarios, para poder expresarlas de manera apropiadas, encuentra su camino a través del humor, el disimulo o banalización de lo visto, escuchado o sentido en el cuerpo. En cuanto a las 17 trabajadoras que manifestaron no tener que esconder o fingir su estado emocional, podríamos hipotetizar que tales trabajadoras no vivencian relaciones tensas con los usuarios o los familiares, tal vez porque aquellos a quienes cuidan “son dóciles” (pacientes gerontes o con patologías neurológicas), o la actitud subjetiva de la trabajadora en el trato se acompaña con el humor o disimulo con naturalidad (Borgeaud-Garciandía, 2016) Los relatos de las trabajadoras ejemplifican estas circunstancias propias de la cotidianidad laboral: “...yo sufrí un montón, soy pacífica. Somos mujeres, depende con quien estés trabajando” (mucama); “No finjo, me encanta mi trabajo” (mucama). Tal como decíamos anteriormente, las personas encuestadas realizan sus actividades en contacto con pacientes que presentan diferentes patologías, que se deben tratar con cuidados integrales acordes a sus situaciones. Circunstancias que, junto a las particularidades subjetivas de los pacientes, como la vivencia subjetiva de las trabajadoras, nos lleva a tener en cuenta que el trabajo emocional puede llegar a plantear disonancia cognitiva y/o emocional para la trabajadora, o la necesidad de implementar estrategias de defensa ante una realidad de trabajo que le genera sufrimiento. La preocupación, atención y compasión necesarias para realizar un buen trabajo de cuidado, requieren de la empatía justa que mantenga el compromiso con el trabajo y la implicación con el paciente en un grado de distancia óptima.

E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? 2. Tener que evitar dar su opinión

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	18	28,6
Casi siempre	3	4,8
A veces	17	27,0
Casi nunca	6	9,5
Nunca	19	30,2
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? 2. Tener que evitar dar su opinión" el 28,6% indicó "Siempre", el 4,8% "Casi siempre", el 27% "A veces", el 9,5% "Casi nunca" y el 30,2% "Nunca".



El 60,4% (28,6% indicó "Siempre", el 4,8% "Casi siempre", el 27% "A veces", representado por 38 personas) expresa tener que evitar dar su opinión dentro de su trabajo. Se plantea en esta dimensión los efectos

subjetivos de las exigencias emocionales y el trabajo emocional, producidos por las características del puesto, como también por otros factores, como la cultura y normas organizacionales, y la relación con otros colectivos de trabajo. Es alta la cantidad de personas que vivencian la necesidad de controlar la expresión de sus ideas. Las personas encuestadas que manifestaron “nunca” deben reprimir sus opiniones son el 30,2%, y el 9,5% “casi nunca” (en total 25 personas). Se considera que está en juego el compromiso emocional con los pacientes, donde una excesiva empatía puede obstaculizar el desempeño ético de sus actividades y perjudicar a los pacientes. El trabajo del *care* exige el uso y desempeño de “habilidades discretas”, que sólo encuentran visibilidad cuando fallan (sonrisa que desaparece, gesto mecánico, respuesta diferida, etc.) (Borgeaud-Garciandía, 2009, 2016). Guardar sus opiniones es parte de sus tareas para no causar más sufrimiento o entorpecer la relación de confianza con el usuario, como también preservar la intimidad y dignidad del mismo, lo cual aumenta la invisibilidad del trabajo realizado. Recordemos que el trabajo de cuidado implica tareas que confrontan a la trabajadora con la vida, la muerte, la sexualidad y vulnerabilidad del otro. Por otra parte, el “silenciamiento” de las opiniones puede estar referido también a la relación con los familiares y compañeras de trabajo, en un afán de sostener la convivencia laboral y la cooperación necesaria para la realización del trabajo. Es de interés considerar que, de la indagación sobre la existencia de situaciones de tensión con compañeros, el 11,1% indicó “Siempre/Casi siempre”, el 20,6% “A veces”, el 68,2% “Casi nunca/Nunca”. Las respuestas relevadas indican un foco de tensión importante en forma constante para un 11% y ocasional para el 20,6% de las trabajadoras entrevistadas. Estos porcentajes no son menores en cuanto a la función relevante de la cooperación y la confianza para consensuar las reglas del oficio, y poder abordar la complejidad de la actividad real del trabajo. De las entrevistas surgen comentarios que dan cuenta de esta realidad: “Evito opinar con los pacientes hombres” (enfermera), “evito opinar para que no te hagan a un lado, no te hagan mala fama” (mucama), “mandan los pacientes y te llaman la atención” (mucama) en clara alusión al peso que tiene para la organización la demanda o queja del usuario.

d) Tener miedo

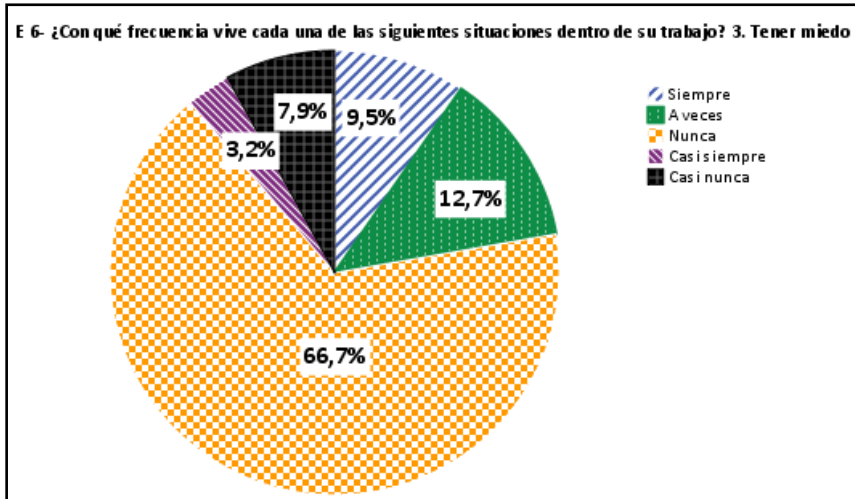
Aunque la organización del trabajo esté bien planificada, con consignas y procedimientos claros y bien conocidos, no es posible lograr la calidad respetando al pie de la letra las prescripciones, ya que en las situaciones ordinarias del trabajo están presentes los acontecimientos inesperados, los accidentes, las incoherencias de la gestión administrativa, e imprevistos de todo tipo. Ese desfase entre lo prescripto y la realidad confronta a la trabajadora de un modo afectivo, con la experiencia de lo que no conoce, con la sorpresa, o el fracaso. Sentimientos diversos emergen de esas experiencias cotidianas, temor, impotencia, enojo, desaliento. Pero ese sufrimiento lo impulsa a buscar los medios para transformar esa realidad que se resiste a su dominio. El trabajo exige entonces, enfrentar obligaciones que pueden afectar la salud física y psíquica, produciendo miedo a los accidentes, temor a la incompetencia, conflictos éticos, etc. (Dejours, 2013).

En esta dimensión, se analiza la vivencia emocional de experimentar miedo o temor ante la realidad cotidiana de realizar el trabajo de cuidado destinado a usuarios vulnerables emocional y físicamente. Este trabajo de cuidado es llevado a cabo en una organización empleadora con fines de lucro, que gestiona la prestación del servicio de salud mental con criterios de calidad y satisfacción de la atención brindada.

E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? 3. Tener miedo

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	9,5
Casi siempre	2	3,2
A veces	8	12,7
Casi nunca	5	7,9
Nunca	42	66,7
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? 3. Tener miedo" el 9,5% indicó "Siempre", el 3,2% "Casi siempre", el 12,7% "A veces", el 7,9% "Casi nunca" y el 66,7% "Nunca".



Se observa que, de las personas encuestadas, el 12,2% (8 personas) experimentan la vivencia emocional de sentir miedo. De manera ocasional, el 12,7% (8 personas) manifiestan dicha vivencia "a veces" y un 7,9% "casi nunca" (5 personas). El resto de las trabajadoras representadas por el 66,7% (42 personas), expresaron no sentir miedo "nunca". Es decir que, un tercio de las trabajadoras encuestadas siente miedo, con una frecuencia media o excepcionalmente. Quien trabaja en el ámbito de la salud realiza el abordaje asistencial a través de un proceso interaccional, que producirá calidad de resultados en la medida que se oriente a una mayor asistencia y defensa posible de la vida del usuario, mayor control de sus riesgos de padecer o que se agrave su problema, y al desarrollo de acciones para un mayor grado de autonomía por parte del usuario. (Merhy, 2016).

El miedo o temor, como vivencia emocional, puede llegar a ser paralizante y desestabilizante, incluso cuando se siente en el cuerpo como

nerviosismo, dolor de cabeza, de estómago o incontinencia intestinal. En este caso, en cuanto al trabajo de cuidado como prestación de un servicio en el sector de salud privado, el paciente tiene derechos por la prestación que demanda, y como “cliente” guarda la expectativa por una experiencia de satisfacción; esto lo convierte en evaluador por el trabajo realizado, tanto en sus aspectos visibles como invisibles.

Debemos considerar que las trabajadoras se encuentran exigidas de diversas maneras, lo cual afecta la energía psíquica disponible para gestionar sus decisiones y emociones, y poder controlar el resultado de su trabajo. El cruzamiento con otras dos variables nos proporciona información importante sobre la situación de trabajo: el 36,5 % de las trabajadoras encuestadas, manifiestan *recibir órdenes o indicaciones contradictorias* (sumatoria de las frecuencias “siempre” el 9,5%, “casi siempre” 9,5%, y “a veces” el 17,5%). También, se relevó que el 60,2% expresa tener que hacer *demasiado rápido tareas que exigirían más tiempo y cuidado para hacerlas bien*. Las fuentes del temor, que causan ansiedad y sufrimiento pueden originarse en riesgos psicosociales percibidos por las trabajadoras, vinculado a situaciones que intensifican su trabajo, o generan conflicto ético. La trabajadora puede sentir temor sobre si son adecuadas las decisiones que toma o acciones que realiza, al desequilibrio psicoafectivo por relaciones interpersonales tensas o violentas, por estar obligada a trabajar en malas condiciones (por fallas en diferentes aspectos del trabajo: relacionales, de insumos, tiempo, etc.), por no ser reconocida y apreciada, por no acatar reglas del oficio u órdenes contradictorias. (Dejours, 2016). Al respecto, el porcentaje de trabajadoras que manifiesta sentir miedo (36,9% sumatoria de las frecuencias “siempre”, “casi siempre” y “a veces”), se aproxima al porcentaje de trabajadoras que expresa sufrir alta intensidad de tensión en las relaciones con el público, representado por el 31% que indicó “Siempre/Casi siempre”.

Las personas que se enfrentan a tareas que implican riesgos para su salud, o que están expuestas al sufrimiento, desarrollan diferentes estrategias (individuales o colectivas) para poder arreglárselas con lo que la realidad le impone. El trabajo dentro de una organización, e inserto en colectivos de trabajo, posibilita elaborar estrategias para sostener una “normalidad” compartida (Borgeaud-Garciandía y Hirata, 2017). Si la trabajadora es consciente del miedo que le provoca estar frente a determinadas situaciones, por los riesgos que ésta implica (por ej. controlar a personas

en estado emocional de crisis violenta), por las características de las tareas a realizar (por ej. tareas consideradas “sucias o despreciadas”) y por no conocer ciertas consecuencias de las intervenciones sobre los usuarios o de las decisiones tomadas en niveles superiores, no podría realizar su trabajo con éxito. (Borgeaud-Garciandía, 2016). Para hacer frente al impacto emocional del trabajo y a las exigencias de control, quienes trabajan desarrollan estrategias de defensa que operan por medios simbólicos (uso del humor, desvío de la atención y la percepción, banalización, por ejemplo). Estos mecanismos de defensa actúan sobre la realidad psíquica y no sobre los riesgos o causas de sufrimiento en sí, con lo cual la sobre exposición al sufrimiento siguen vigentes, y se pueden generar rutinas y/o hábitos de trabajo profundamente dañinas para la salud (Nefía, 2015). Los relatos de las personas encuestadas ejemplifican la vivencia del temor por las condiciones del trabajo: “Hay que cuidar el trabajo, está difícil” (mucama); “No tengo miedo, tengo prudencia, precaución” (enfermero), “a veces hay que hacer la tarea del otro, te puedes equivocar” (mucama), “Me robaron y me arrastraron” (enfermera), “He visto mujeres hechas pelota por el esfuerzo” (mucama).

Conclusiones

Como se afirma en un trabajo anterior, la característica de *invisibilidad* del trabajo de cuidado constituye un *riesgo psicosocial* para trabajadores y trabajadoras que realizan tales actividades. Dificulta el reconocimiento por parte de los otros (superiores, trabajadores de otros agrupamientos laborales, pacientes, familiares), y resulta un obstáculo para que los mismos trabajadores o trabajadoras reconozcan el trabajo emocional al que están expuestos, sin poner en riesgo su equilibrio psicosomático (Galeano; Ruiz, 2017).

En estas coordenadas, el conjunto de las trabajadoras de la Clínica de Salud Mental (93,5%) está en contacto directo con el público y prácticamente su totalidad lo hace cara a cara (98,3%). Esta situación por sí sola determina que las trabajadoras estén expuestas a altas exigencias emocionales, pues interactuar con otros en el espacio de trabajo presupone demandas de control sobre la ideación, el sentir y la expresión de las opiniones y emociones. Adquiere una modalidad singular el trabajo emocional por tratarse de tareas de cuidado que exigen para su

eficacia ser hechas con discreción, y son tareas donde se revela la vulnerabilidad a la que estamos expuestos como seres humanos.

A su vez, las tareas en salud mental para quienes están en contacto directo con pacientes y/o familiares exigen maniobras emocionales diferentes, pues requiere estar en contacto directo con el sufrimiento, la angustia y en ocasiones intervenir en crisis agudas. De este modo, la mitad de las mujeres entrevistadas expresa que sufre situaciones de tensión en su trabajo. Decíamos que la tensión tiene su correlato y expresión a nivel físico y psíquico, y la exposición constante termina manifestándose como fatiga crónica, cansancio mental, malestar en las relaciones interpersonales, etc. Es preocupante que el 60 % de las mujeres entrevistadas expresa que desde que ingreso sufre o padece enfermedades o molestias relacionadas con su trabajo y muchas de ellas mencionan el cansancio mental, el estrés y subrayan la diferencia de trabajar con personas con padecimiento mental. También, es importante ponderar los tiempos de trabajo, la posibilidad de contar con los elementos necesarios para trabajar. No tener el tiempo que consideran necesario, el espacio y/o elementos de trabajo, resta energía psíquica necesaria para maniobrar afectivamente, en tanto genera preocupación, ansiedad y temor al poner a las trabajadoras ante la situación de “hacer como puedan”. Se insiste que el 84,1% de las trabajadoras están en contacto con personas angustiadas y el 87,3% debe calmar personas angustiadas, coléricas o preocupadas. En este punto surge notablemente la distinción entre estar en contacto con la angustia y tener que realizar la operación de calmar personas angustiadas, coléricas o preocupadas. Son necesarias maniobras diferentes en cada una de las situaciones y resultaría interesante en próximos estudios abordar la naturaleza de dichas maniobras. Objetivarlas, compartirlas colectivamente pueden enriquecer el cúmulo de saberes sobre el trabajo de cuidado a la vez que brinden herramientas para disminuir los posibles impactos.

El trabajo emocional que realizan las trabajadoras sobre sus pensamientos, emociones y la expresividad de las mismas, se ve claramente expuesto en sus vivencias de control sobre sus opiniones y del miedo generado por las situaciones de trabajo. El 60,4% (sumatoria de todas las frecuencias afirmativas) representado por 38 personas, manifiesta tener que evitar dar su opinión dentro de su trabajo, y el 32,8% (sumatoria de las frecuencias afirmativas) representado por 21 personas experimentan la vivencia emocional de sentir miedo. Como ya se señaló,

sostener una “normalidad sufriente” compartida requiere del colectivo de trabajadores elaborar estrategias defensivas. (Borgeaud-Garciandía y Hirata, 2017).

Esta investigación pone de manifiesto que la naturaleza del trabajo en salud es siempre relacional, es trabajo vivo en acto. Como tal, requiere de las movilizaciones subjetivas de las trabajadoras, de su ingenio, deseo y compromiso, para hacer frente a la organización del trabajo. (Dejours, 2013). La forma de gestión del proceso de trabajo en salud tiene sus normas, reglas, protocolos y disposiciones, que definen el comportamiento de quienes trabajan, estandarizan sus tareas, y disciplinan sus modos de pensar y actuar. Se genera una tensión, entre lo prescriptivo y la libertad creativa de las respuestas subjetivas de las trabajadoras, orientadas por el deseo y las intencionalidades. Como un trabajo artesanal, quienes trabajan van diseñando el cuidado en los encuentros con otros pares, con los pacientes, con los equipamientos e instrumentos, las normas y protocolos, los saberes aprehendidos, las experiencias vividas, etc. El trabajo es una actividad subjetivante, “por lo que trae en sí la potencia de la creatividad, la inventiva, o puede dejarse capturar por el aparato instrumental que cerca toda actividad de cuidado en salud” (Franco, 2016:213). Esa producción subjetiva y producción del servicio de cuidado, toma la fuerza, la potencia, de la energía del deseo o voluntad. El desafío de la gestión en las organizaciones prestadoras de servicios de atención a la salud es poner la referida potencia viviente del trabajador al servicio del cuidado del otro, asociado a la idea de producción de sujetos plenos; los encuentros entre los cuerpos tienen la capacidad de afectar al otro, aumentando o reduciendo la potencia de actuar en el mundo. (Franco, 2016).

La Ley de Salud Mental propone un enfoque que contempla los Derechos Humanos de los usuarios, dentro de un sistema de salud concebido como universal y solidario. Hacer lugar al sufrimiento del otro, llámese usuario, familiar, compañera de trabajo, no congenia con la lógica de mercantilización de la salud. (Franco, 2016). Con la idea del trabajador de la salud como potencia vital que afecta a los cuerpos, la calidad de los encuentros con el otro puede aumentar o degradar el trabajo de cuidado, tanto con el paciente como para sí mismo. Es a partir de una ética de la diferencia, que se abre un abanico de significaciones para el trabajo de cuidado, que implique contemplar las singularidades, la elaboración de acuerdos en base a la tolerancia, como también la

visibilización y reflexión sobre los procesos de producción de subjetivación y de producción de la realidad laboral implicados con la salud mental.

Referencias bibliográficas:

- Amarante, P. (2009). Superar el manicomio. Salud mental y psicosocial. Bs As. Topía Editorial.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2018). El trabajo de cuidado. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fundación Medifé Edita. Recuperado de <http://www.fundacionmedife.com.ar/edita/horizontes-del-cuidado/coleccion-1.asp>
- Borgeaud-Garciandía, N.; Hirata, H. (2017) Tacto y tabú. La sexualidad en el trabajo de cuidado. Sociología del trabajo, Nueva época, núm.90. pp.47-61.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2016) Intimidad, sexualidad, demencias. Estrategias afectivas y apropiación del trabajo de cuidado en contextos desestabilizantes. Papeles del CEIC, vol.2016/1, n° 148. Universidad del País vasco. <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.15229>
- Comisión provincial por la memoria (2018) Informe anual 2018. El sistema de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.comisionporlamemoria.org/project/informes-anauales/>
- Decreto 3020/2002. Reglamentación de establecimientos destinados a la atención de personas con discapacidad. Derogación del dec. 3105/2000. Promulgado el 13/12/2002; Boletín Oficial del 13/01/2003
- Dejours, C. (1998) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En Dessors, D. y GuihoBaillou, M. Organización del Trabajo y la Salud. De la Psicopatología a la Psicodinámica del Trabajo. Cap. 2. (pp. 23-74) CONICET. Buenos Aires: Editorial LUMEN.
- Dejours Ch. (2013) La banalización de la injusticia social. 2da. Ed. Buenos aires: Topía Editorial. Primera edición 2006
- Dejours Ch. (2013) Trabajo vivo II: trabajo y emancipación. Cap. 1. 1ra. Ed. Buenos Aires: Topía Editorial. Primera edición 2009
- Dejours, Ch; Gernet, I. (2014) Psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Miño y Davila

- Franco, T. B. (2016) El trabajador de la salud como potencia: ensayo sobre la gestión del trabajo, en Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. C.A.B.A.: Lugar Editorial
- Galeano, P y Ruiz, P. (2017) Exigencias emocionales y trabajo de cuidado. En Neffa, J., Henry, L., Alustiza, E, Amado, Y., Bostal, C., Carrari, J., Cassini, J., Florin, F., Galeano, P., Malleville, S., Ruiz, P., y Suarez Maestre, A. Serie Documentos de Trabajo (pp. 271-310). ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud. Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Investigaciones Administrativas.
- García, E.; Ramos, J.; Moliner, C. (2014) El trabajo emocional desde una perspectiva clarificadora tras treinta años de investigación. *Universitas Psychologica*, 13(4), <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-4.tepc>
- 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.
- Grimberg, M. (2013) Relaciones de poder y negociación en salud de los trabajadores, una mirada desde la antropología social”, *in* P. Garaño, C. Zelaschi y M. Amable (orgs.), ***Foro trabajo y salud mental discusiones sobre el trabajo, las instituciones y la subjetividad***, Córdoba: UniRio Editora/Universidad Nacional de Río Cuarto
- López, M. N., Torres, J., & Suardiaz., C. W. (2017). Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Menendez, E. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. En *Revista de Salud Colectiva*. Volumen 1. Número 1. La Plata.
- Merhy, E. E.; Franco, T. B. (2016) Reestructuración productiva y transición tecnológica en salud: debate necesario para la comprensión del proceso de “financiarización” del mercado en la salud, en Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. C.A.B.A.: Lugar Editorial.
- Merhy, E. E. (2016) El cuidado es un acontecimiento y no un acto, en Franco, T. B.; Merhy, E. E. (2016) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. C.A.B.A.: Lugar Editorial.
- Moliner P. (2005) El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos. En Borgeud-Garciandía N. (comp.) (2018)

El trabajo de cuidado . (pp. 187-210) 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Fundación Medifé Edita. Libro digital, PDF - (Horizontes del cuidado / Borgeaud-Garciandía, Natacha)

Neffa, J. C. (2015) Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. C.A.B.A.: Ceil Conicet (p. 56).

Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, Argentina, 3 de Diciembre de 2010.

5. La autonomía y el margen de maniobra de las trabajadoras en la clínica bajo estudio

Ezequiel Alustiza

En este capítulo, se analiza el grado de autonomía que tienen las trabajadoras de la Clínica de Salud Mental, dada la organización del proceso de trabajo presente. La autonomía es entendida como “la posibilidad para el trabajador de ser actor en su trabajo, en su participación en la producción de riqueza y en la conducción de su vida profesional” (Gollac y Bodier, 2011:115). Más específicamente, se reconoce autonomía global cuando el trabajador tiene autoridad e incide en el propósito del trabajo, los objetivos organizacionales y la dinámica con que el colectivo de trabajo se integra a la sociedad para generar bienes o servicios. En cambio, se está en presencia, solo, de autonomía procedimental cuando la autoridad e incidencia del trabajador se acota al margen de maniobra para alcanzar los objetivos prescriptos por los directivos de la organización donde trabaja. En el desarrollo de este capítulo se indicará como margen de maniobra a esta última, para distinguirla claramente de la autonomía global.

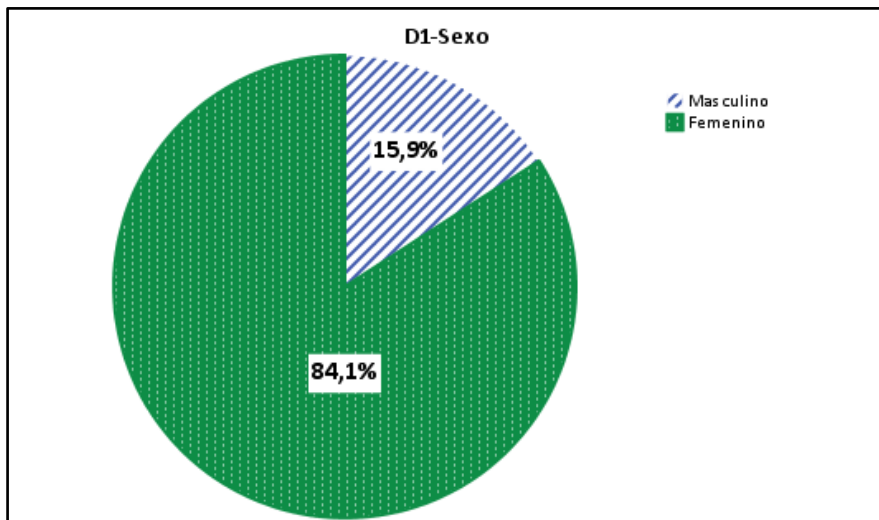
La autonomía en este colectivo fue estudiada desde las cinco dimensiones enumeradas a continuación.

1. **La autonomía de la tarea y del procedimiento:** señala que cuando es mayor la prescripción y menor el margen de maniobra del que se dispone para organizar el trabajo, se incrementan las posibilidades de identificar factores de RPST.
2. **La previsibilidad del trabajo y la posibilidad de anticipar:** la existencia de información adecuada y oportuna respecto a los acontecimientos futuros e importantes en el trabajo reduce la

- incertidumbre e incrementa las posibilidades de que el trabajador pueda diagramar la forma de afrontar dichos cambios. Por ello, al mismo tiempo que aumenta su margen de maniobra, disminuye la exposición a los factores de RPST.
3. **El desarrollo cultural y la utilización de los conocimientos y competencias:** se analiza la posibilidad de las trabajadoras de poner en práctica saberes propios, adquiridos por la experiencia, oficio o profesión, ya que le permite mantenerse actualizado y competente para insertarse en futuros puestos de trabajo.
 4. **La sensación de monotonía y el aburrimiento:** En última instancia, la extrema división técnica y social del trabajo impone al trabajador tareas simples, repetitivas y rutinarias que no suscitan mayor interés y generan aburrimiento (Neffa, 2015). Según Gollac (2011:120) esa monotonía “aumenta el riesgo de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad”. En cambio, el placer en el trabajo es un factor de protección del trabajador frente a factores de RPST.
 5. **Participación y representación:** La autonomía tiene una dimensión colectiva y beneficiosa cuando se instauran dispositivos para que los trabajadores participen en la adopción de decisiones, teniendo acceso a la información sobre la marcha de la organización, efectuando o evacuando consultas, haciendo propuestas o interviniendo en la adopción de decisiones (Neffa, 2015: 201). El poder participar en la toma de decisiones referidas al proceso de trabajo es un indicador de contar con amplio margen de autonomía.

Las 63 trabajadoras encuestadas tienen características distintivas que deben tenerse presentes cuando se analiza la información sobre el eje “Autonomía y margen de maniobra” y pueden encontrarse en el capítulo correspondiente. Se destaca que el 84,1% del colectivo encuestado son mujeres¹ y solo el 15,9% hombres. La predominancia de mujeres tiene correlato con la feminización que ha caracterizado a la profesión de enfermería según los datos censales de Argentina (Abramzón, 2005).

¹ Dado que el 84,1% de las encuestadas son mujeres, en este documento me referiré a los encuestados mediante el género femenino.



Seguidamente, se trata cada una de las cinco dimensiones desde las que se analizará la autonomía a partir de las respuestas a la Encuesta sobre riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) aplicable en Argentina, implementada en esta Clínica de Salud Mental de la ciudad de La Plata.

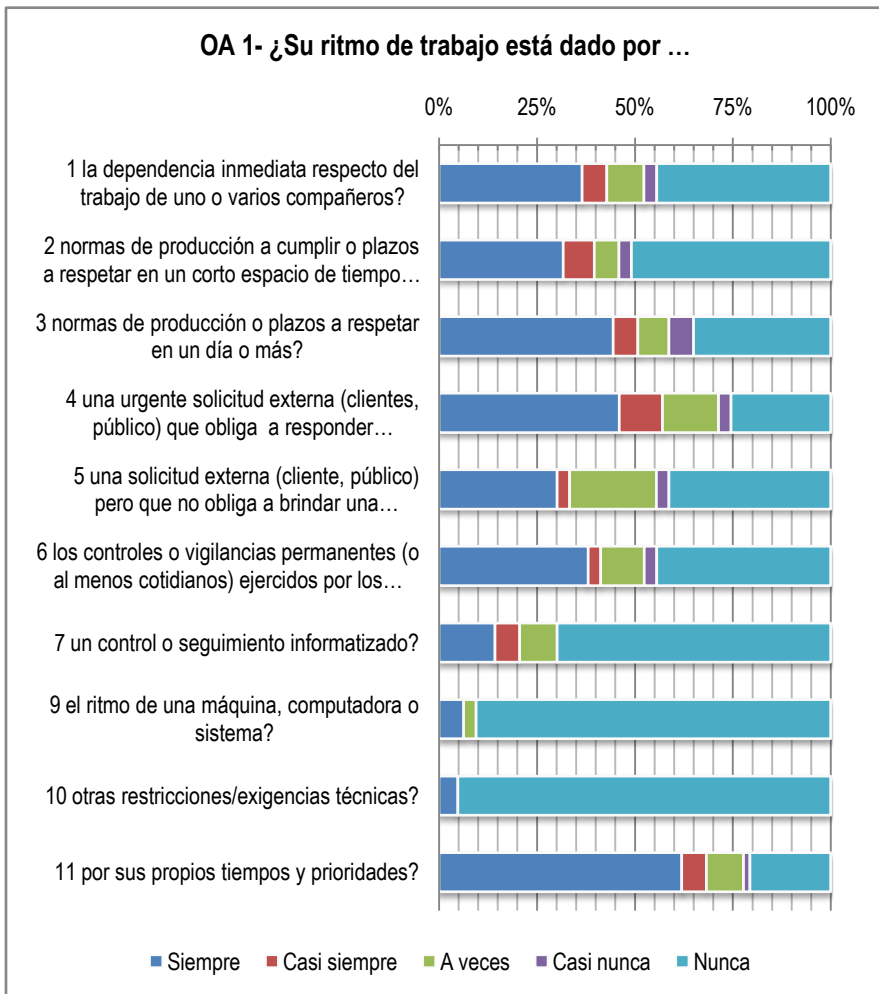
5.1. La autonomía de la tarea y del procedimiento

En este apartado, se aborda el nivel de prescripción de la tarea e indaga en las preguntas significativas para reconocer esta dimensión de la autonomía. El análisis de esta dimensión se centra en el margen de maniobra de las trabajadoras, ya que no tenemos registro de que cuenten con autonomía global. En esta institución, las trabajadoras son, en su mayoría, asalariadas por tiempo indeterminado. Los objetivos de mediano y largo plazo de la Clínica son definidos por el propietario, quien para ello tiene una oficina dentro del edificio, y se hace presente habitualmente, supervisando las acciones disciplinarias que se aplican a las trabajadoras. A su vez, concentra las decisiones que implican grandes

cambios para la clínica, como fueron las ampliaciones edilicias, la incorporación de más servicios de salud y dar lugar a esta investigación, entre otras.

El hecho de disponer de margen de maniobra es muy relevante porque cada trabajadora, al adaptar su actividad a sus particularidades físicas, psíquicas y mentales, evita perjuicios para su salud y despliega un estilo personal (subjetivo). Además, según Gollac, la falta de margen de maniobra podría ocasionar sentimientos de humillación e inducir distorsiones perjudiciales de la personalidad (Gollac & Bodier, 2011, pág. 115). Es importante remarcar que cuando la trabajadora se sintiere (hipotéticamente) desbordada, no existiría margen de maniobra, ya sea por la intensidad del ritmo de trabajo o bien, en el caso de las enfermeras, por una excesiva cantidad de usuarios a su cargo (camas), ya que se encontraría obligada a elegir la alternativa que demande menos tiempo para cumplir los objetivos prescritos.

En primera instancia, me detendré en un conjunto de preguntas (OA 1) que buscan identificar de qué manera esta Clínica intensifica el tiempo de trabajo.



A continuación, se presentan las frecuencias de dichas respuestas:

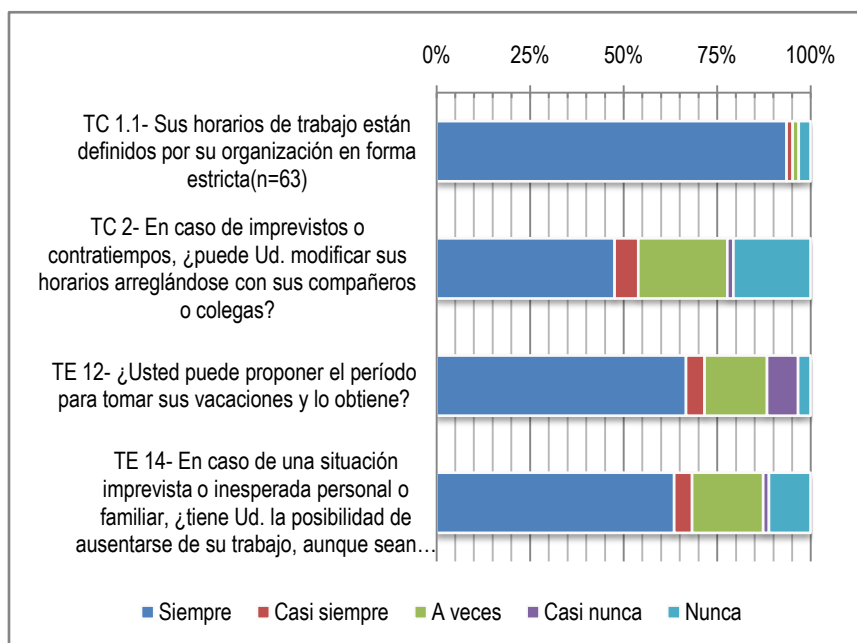
OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por (n=63)

	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
1 la dependencia inmediata respecto del trabajo de uno o varios compañeros?	36,5	6,3	9,5	3,2	44,4
2 normas de producción a cumplir o plazos a respetar en un corto espacio de tiempo de una hora o menos?	31,7	7,9	6,3	3,2	50,8
3 normas de producción o plazos a respetar en un día o más?	44,4	6,3	7,9	6,3	34,9
4 una urgente solicitud externa (clientes, público) que obliga a responder rápidamente?	46,0	11,1	14,3	3,2	25,4
5 una solicitud externa (cliente, público) pero que no obliga a brindar una respuesta inmediata?	30,2	3,2	22,2	3,2	41,3
6 los controles o vigilancias permanentes (o al menos cotidianos) ejercidos por los jefes y/o los superiores?	38,1	3,2	11,1	3,2	44,4
7 un control o seguimiento informatizado?	14,3	6,3	9,5		69,8
9 el ritmo de una máquina, computadora o sistema?	6,3		3,2		90,5
10 otras restricciones/exigencias técnicas?	4,8				95,2
11 por sus propios tiempos y prioridades?	61,9	6,3	9,5	1,6	20,6

Se distingue que el ritmo de trabajo está dado, predominantemente, por las urgentes solicitudes externas de los usuarios de salud mental ya que el 57,1% de las trabajadoras señala que siempre o casi siempre están obligadas a responder rápidamente a sus pedidos. A su vez, el 68,2%

respondió que su ritmo de trabajo ²está dado por sus propios tiempos y prioridades (“Siempre” 61, 9%, “Casi siempre” 6,3%). Estas respuestas tienen correspondencia con lo observado por Gulino en la institución de salud psiquiátrica “Montes de Oca” donde identificó que los trabajadores deben “organizarse y comunicarse entre sí y con los destinatarios de los servicios ofrecidos como para adaptar sus saberes específicos y modular los afectos puestos en juego” (Gulino, 2015, pág. 70).

Seguidamente, se presentan las respuestas sobre cómo se determinan los intervalos en que deben permanecer en el lugar de trabajo, tanto cotidianamente como en instancias específicas.

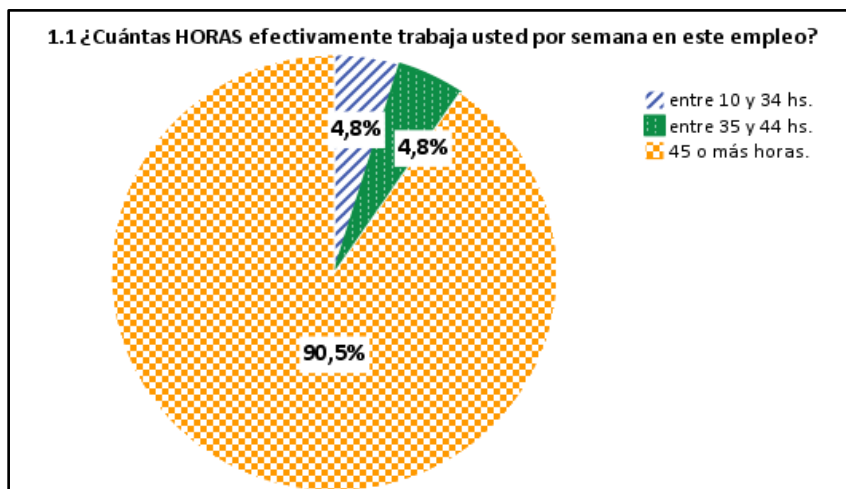


² Para describir las frecuencias, en las ocasiones que se considere conveniente, se identificará como “Sí” al agrupamiento de las respuestas “Siempre” y “Casi siempre”, y por otro se denomina “No” al agrupamiento de “Nunca” y “Casi nunca”. A su vez, primero se graficarán las respuestas obtenidas y luego se presentarán las frecuencias pormenorizadas.

A continuación, se presentan las frecuencias de dichas respuestas.

	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
TC 1.1- Sus horarios de trabajo están definidos por su organización en forma estricta(n=63)	93,7	1,6	1,6		3,2
TC 2- En caso de imprevistos o contratiempos, ¿puede Ud. modificar sus horarios arreglándose con sus compañeros o colegas? (n=63)	47,6	6,3	23,8	1,6	20,6
TE 12- ¿Usted puede proponer el período para tomar sus vacaciones y lo obtiene? (n=63)	66,7	5,0	16,7	8,3	3,3
TE 14- En caso de una situación imprevista o inesperada personal o familiar, ¿tiene Ud. la posibilidad de ausentarse de su trabajo, aunque sean algunas horas? (n=63)	63,5	4,8	19,0	1,6	11,1

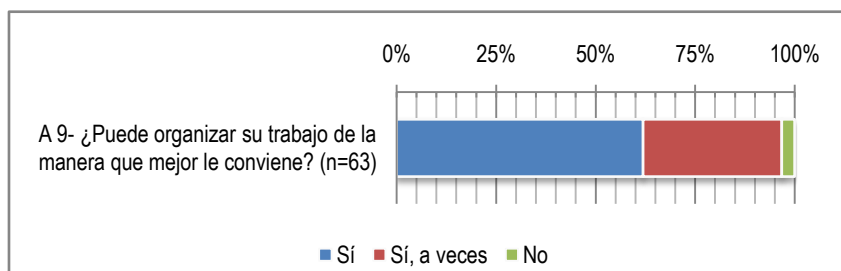
Aquí se observa que el 95,3% de las trabajadoras indica que sus horarios de trabajo están definidos por la organización en forma estricta. Por otro lado, el 90,5% indicó que trabaja 45 o más horas semanalmente, aunque el Convenio Colectivo de Trabajo N° 122/75 actualizado y homologado el 07/07/17 estipula que la jornada semanal máxima es de 44 horas. A su vez, se observa que solo un 9,5% de las trabajadoras respondió que siempre tiene 48 horas seguidas de descanso en una semana. Estos valores son contundentes y fueron confirmados mediante los dichos en el mismo sentido dados por las encuestadas. Ello señala que esta organización es severa al fijar el lapso de trabajo y es un aspecto primordial al definir sus procesos de trabajo.



Se observa que, al consultar si en caso de imprevistos o contratiempos pueden modificar sus horarios arreglándose con sus compañeras o colegas, el 53,9% indicó que sí, el 23,8% "A veces" y el 22,2% no puede. Por otro lado, al consultar si puede proponer el período para tomar sus vacaciones y lo obtiene, el 71,7% indicó que sí, el 16,7% "A veces", el 12,7% "No".

En caso de una situación imprevista o inesperada **personal o familiar** el 68,3% respondió que sí tiene la posibilidad de ausentarse del trabajo, aunque sean algunas horas, el 19% "A veces" y el 12,7% que no puede hacerlo. Estas respuestas son concordantes con el paradigma que asigna a la mujer (84% de las encuestadas) el cuidado de la familia y frente a la sobrecarga propia de la doble jornada (asalariada y doméstica) "las soluciones se vinculan con extender las licencias por maternidad y los permisos especiales a las mujeres para las tareas de cuidado" (Aspiazu, 2016, pág. 63).

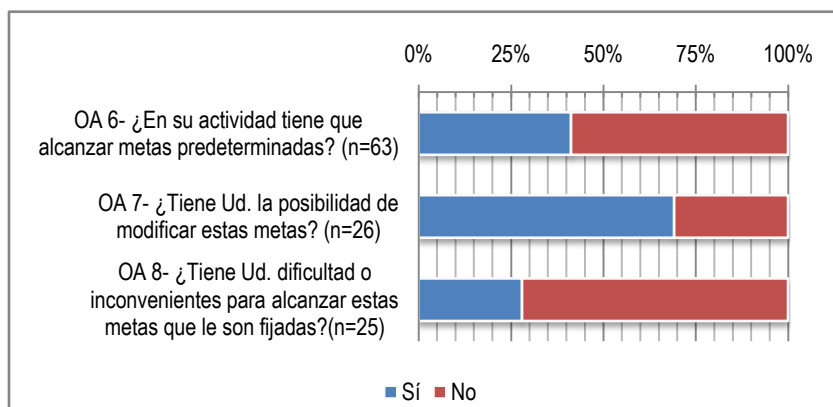
Seguidamente, se muestran preguntas vinculadas al margen de maniobra.



	Sí (%)	Sí, a veces (%)	No (%)
A 9- ¿Puede organizar su trabajo de la manera que mejor le conviene? (n=63)	61,9	34,9	3,2

Primero, se observa que más del 95% de las trabajadoras respondió que puede organizar su trabajo de la manera que mejor le conviene. Esto es consistente con lo requerido por oficios y profesiones de la salud, ya que de esa forma la trabajadora tiene la posibilidad de adaptar sus labores de manera personal a las particularidades de las situaciones de cuidado que se presenten.

En la Clínica de Salud Mental, las metas u objetivos a corto plazo, están orientadas a los servicios que requieren los usuarios (pacientes) para tener una evolución de su salud conforme a lo prescripto por la dirección de la clínica, las normas jurídicas vinculadas y los paradigmas vigentes en las ciencias de la salud mental.



	Sí (%)	No (%)
OA 6- ¿En su actividad tiene que alcanzar metas predeterminadas?(n=63)	41,3	58,7
OA 7- ¿Tiene Ud. la posibilidad de modificar estas metas? (n=26)	69,2	30,8
OA 8- ¿Tiene Ud. dificultad o inconvenientes para alcanzar estas metas que le son fijadas?(n=25)	28	72

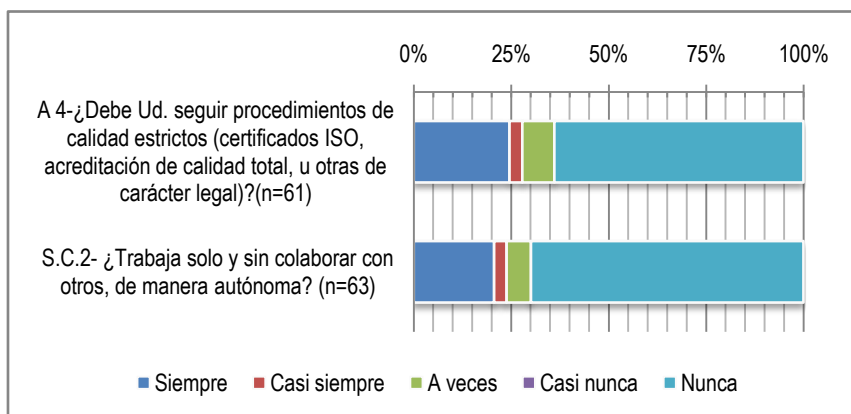
OA 7.1- En caso de poder modificar estas metas, usted actúa...

	Frecuencia	Porcentaje
Por su propia iniciativa	4	22,2
Conversando a solas con su superior	10	55,6
Conversando entre varios o colectivamente	4	22,2
Total	18	100,0

Se observa que casi el 60% de las trabajadoras respondió que no tiene que alcanzar metas predeterminadas, mientras el 41,3% indicó que sí lo debe hacer. Esta respuesta puede obedecer a que las trabajadoras tienen asignado un conjunto de usuarios (sector) y es mediante su criterio profesional que ellas definen los servicios de cuidado y salud necesarios. Luego, al preguntarle a las 26 que sí reconocen metas, si tienen la posibilidad de modificarlas, el 69,2% indicó que "Sí", pero mayormente lo

puede hacer conversándolo con su superior. Del mismo subgrupo, el 72% respondió que “No” tiene dificultades o inconvenientes para alcanzar las metas que le son fijadas. En las respuestas prevalecen las señales de presencia de un cierto margen de maniobra para adaptar las metas al momento de llevar adelante las actividades, lo que es indispensable en el área de la salud mental para satisfacer los requerimientos de los usuarios y sus padecimientos.

A continuación, se muestran las respuestas a otro conjunto de preguntas vinculadas al margen de maniobra.

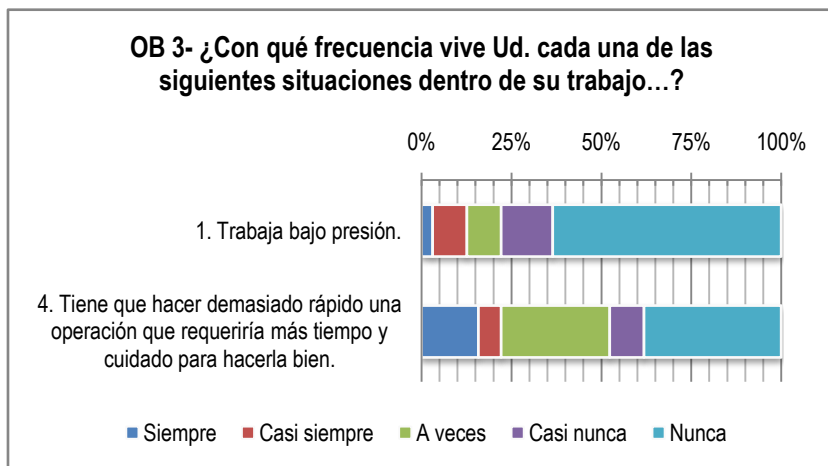


	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
A 4-¿Debe Ud. seguir procedimientos de calidad estrictos (certificados ISO, acreditación de calidad total, u otras de carácter legal)?(n=61)	24,6	3,3	8,2		63,9
S.C.2- ¿Trabaja solo y sin colaborar con otros, de manera autónoma?(n=63)	20,6	3,2	6,3		69,8

Al preguntar si deben seguir procedimientos de calidad estrictos el 63,9% especificó que "Nunca". Solo el 27,9% indicó que sí los sigue y el 8,2% "A veces". Sorprenden estas respuestas dado que existe amplia legislación que regula las prácticas en salud, entre las que se destacan la Ley Nacional 26.657 (Protección de la Salud Mental) por lo que sería interesante indagar si las encuestadas la desconocen o bien no la asociaron a la pregunta.

En otra pregunta, el 69,8% indicó que nunca "trabaja solo y sin colaborar con otros, de manera autónoma". La palabra autónoma, en esta pregunta, se usó para indagar si se trabaja de manera individual y el rechazo es consistente, porque los servicios de salud mental requieren trabajo interdisciplinar y coordinación entre los trabajadores para lograr que sus usuarios evolucionen de la mejor manera.

A continuación se presentan preguntas que indagan si les falta tiempo para realizar las tareas.

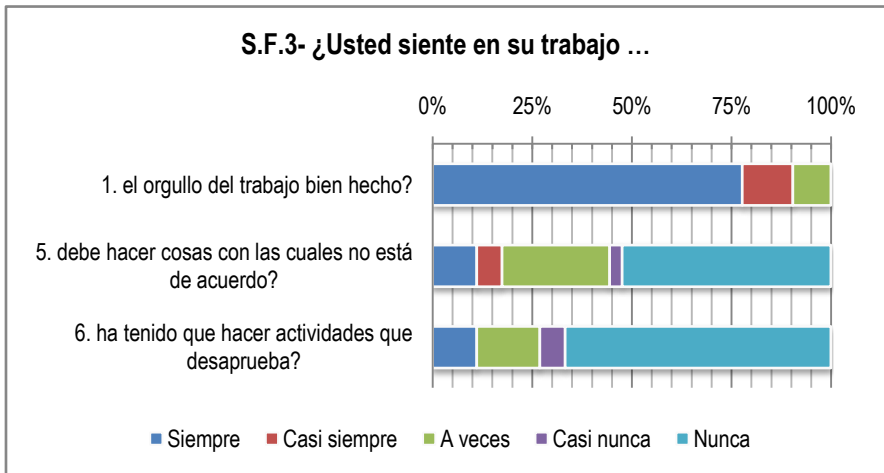


OB 3- ¿Con qué frecuencia vive Ud. cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo...?	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
1. Trabaja bajo presión (n=63)	3,2	9,5	9,5	14,3	63,5
4. Tiene que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien (n=63)	15,9	6,3	30,2	9,5	38,1

El 78 % de las trabajadoras respondió que no trabaja bajo presión (casi nunca 14,3% y nunca 63,5%), mientras sí le ocurre a las demás. Sin embargo, el 52,4% tiene que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien. Estas respuestas son concordantes con el hecho de que el ritmo de trabajo es principalmente definido por las demandas de los usuarios y la adaptación de las competencias propias de las trabajadoras, quienes reconocen que a veces se requeriría más tiempo para realizar correctamente sus tareas . Esto último atraviesa la dimensión de autonomía, porque quien carece del tiempo necesario para adaptar personalmente su trabajo se ve obligada a

hacerlo de la manera más rápida, sin posibilidad de adaptarlo a sus particularidades cognitivas, psíquicas y físicas.

A continuación, se presentan las respuestas que buscan identificar cómo se articula el proceso de trabajo y los servicios de la Clínica con la moral de las trabajadoras. De existir una disidencia, las trabajadoras estarían frente a factores de RPST y la persistencia de esa situación en el tiempo sería perjudicial para la salud.



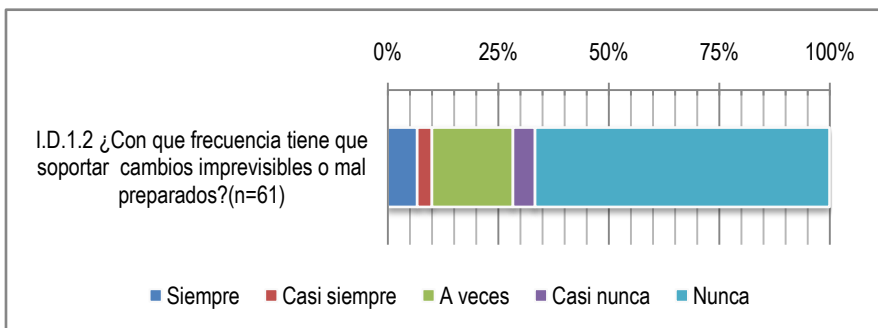
S.F.3- ¿Usted siente en su trabajo:	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
1. el orgullo del trabajo bien hecho? (n=63)	77,8	12,7	9,5		
5. debe hacer cosas con las cuales no está de acuerdo? (n=63)	11,1	6,3	27,0	3,2	52,4
6. ha tenido que hacer actividades que desaprueba? (n=63)	11,1		15,9	6,3	66,7

Se observa que las trabajadoras tienen conciencia de la buena calidad de su trabajo, ya que el 77,8% indicó que "Siempre" siente orgullo del trabajo

bien hecho y las demás también afirman sentirlo, aunque con menos intensidad. En contrapartida, el 17% respondió que "Sí" debe hacer cosas con las cuales no está de acuerdo y el 27% dijo que "A veces". A su vez, el 27% indicó que tiene que hacer actividades que desaprueba y el 73% manifestó que "No". Sería trascendente identificar los aspectos en los que se presentan disidencias hacia los objetivos, actividades y/o procedimientos prescritos por la Clínica para adecuarlos y no exponer a las trabajadoras a estos factores de RPST. Ejemplos concretos podrían ser que estuviera prescripto por la organización no actuar acorde a las correctas prácticas profesionales con los insumos descartables, la esterilización, el suministro de ansiolíticos o la respuesta a los brotes psicóticos de los usuarios agudos. Por ello, atender estas disidencias podría acarrear mejoras en los servicios de salud brindados a los usuarios de esta clínica psiquiátrica.

5.2. La previsibilidad del trabajo y la posibilidad de anticipar

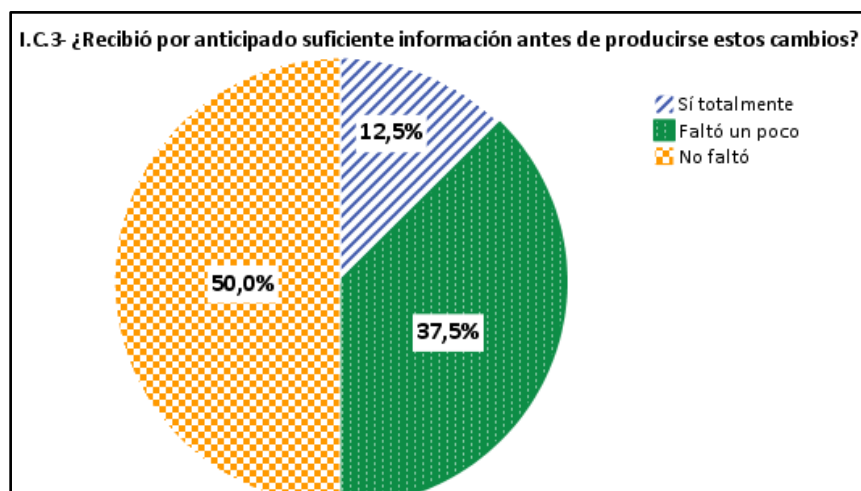
Otro elemento importante a la hora de analizar la autonomía y los márgenes de maniobra es la previsibilidad de los cambios trascendentes de la organización. Conocer anticipadamente dichos cambios posibilita a las trabajadoras planificar cómo adecuarse y la anticipación evita que las trabajadoras tengan que posicionarse con urgencia frente a modificaciones estructurales. El desconcierto respecto al ámbito laboral da lugar a temores y ansiedad que de ser crónicos pueden dar lugar a RPST.



	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
I.D.1.2 ¿Con qué frecuencia dentro de su trabajo tiene que soportar cambios imprevisibles o mal preparados? (n=61)	6,7	3,4	18,3	5	67,7

Mediante esta pregunta, se observa que el 10,1% respondió que sí tiene que soportar cambios imprevisibles o mal preparados, el 18% indicó "A veces" y al 71,6% no le ocurre.

Al indagar entre las 16 personas que sí vivieron cambios imprevisibles o mal preparados, vemos lo siguiente.



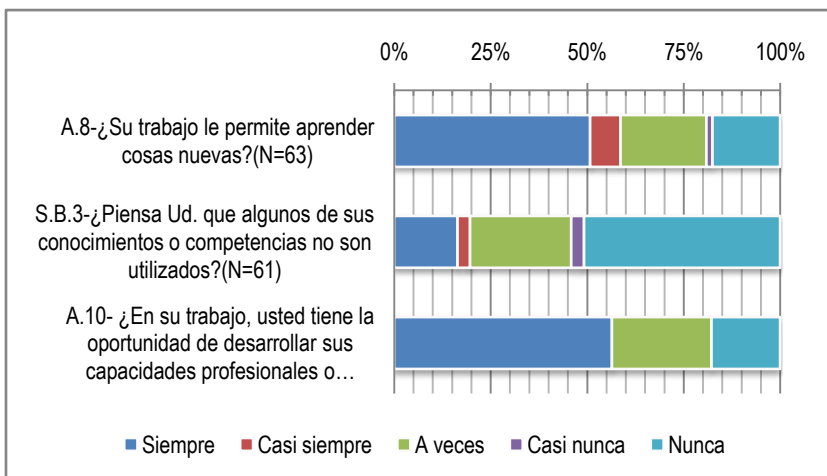
I.C.3- ¿Recibió por anticipado suficiente información antes de producirse estos cambios? (n=16)

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, totalmente	2	12,5
Faltó un poco	6	37,5
No, faltó	8	50,0
Total	16	100,0

Entre quienes identificaron cambios imprevisibles o mal preparados, el 87,5% respondió que le faltó recibir por anticipado información suficiente antes de producirse estos cambios. Solo el 12,5% indicó que sí recibió toda la información que necesitaba. Con ello se explicita que el aspecto comunicacional de los cambios organizacionales en esta institución tiene margen para mejorar y generalmente se puede lograr sin grandes costos adicionales.

5.3. El desarrollo cultural y la utilización de los conocimientos y competencias

Un aspecto relevante en el análisis es si las trabajadoras tienen posibilidades de poner en práctica los saberes propios de su experiencia, oficio o profesión o desarrollarse personalmente. Si en el trabajo se amplían las competencias profesionales del trabajador y se mantienen ejercitadas las existentes, se extiende su autonomía porque le permite proyectar más alternativas para su vida laboral dentro o fuera de la organización.

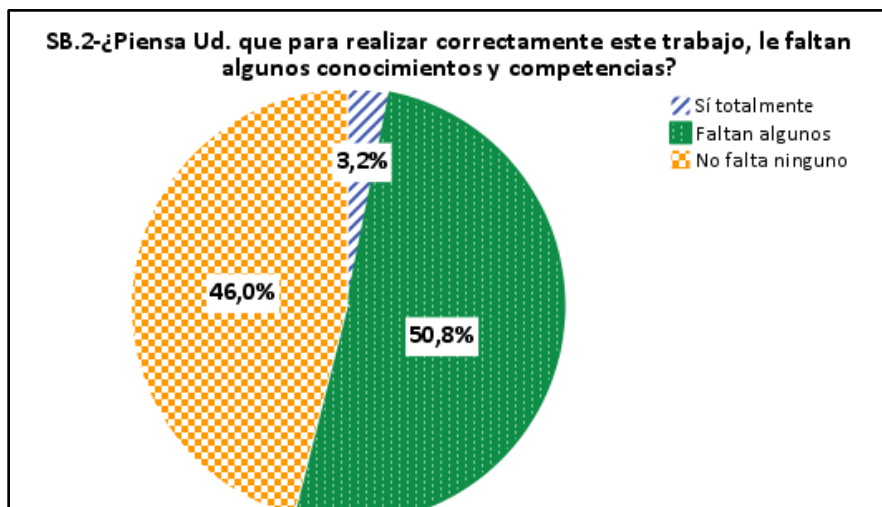


A continuación se especifican las frecuencias de las respuestas mencionadas.

	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
A.8-¿Su trabajo le permite aprender cosas nuevas?(N=63)	50,8	7,9	22,2	1,6	17,5
S.B.3-¿Piensa Ud. que algunos de sus conocimientos o competencias no son utilizados?(N=61)	16,4	3,3	26,2	3,3	50,8
A.10- ¿En su trabajo, usted tiene la oportunidad de desarrollar sus capacidades profesionales o conocimientos específicos?	55,6		25,4		17,5

El trabajo le permite aprender cosas nuevas al 58,7% de las trabajadoras, el 22,2% respondió que "A veces" tiene esa posibilidad y al resto no le ocurre. Por otro lado, el 19,7% piensa que algunos de sus conocimientos o competencias **no son utilizados**, pero predomina el 54,1% al que le ocurre lo contrario. Paralelamente, el 17,5% indicó que nunca tiene la oportunidad de desarrollar sus capacidades profesionales o conocimientos específicos, mientras que el 25,4% respondió "Sí, en algunos casos", y el 55,6% "Sí, siempre". Se visibiliza que, aproximadamente, un 20% del personal considera que no puede desplegar sus competencias personales, lo cual ubica a estas trabajadoras en una posición más vulnerable frente a los factores de RPST ya que gradualmente degrada las calificaciones y no le permite sentir bienestar en el trabajo.

A continuación se presenta la autopercepción respecto de las competencias de las trabajadoras para llevar adelante el presente trabajo.



SB.2-¿Piensa Ud. que para realizar correctamente este trabajo, le faltan algunos conocimientos y competencias?

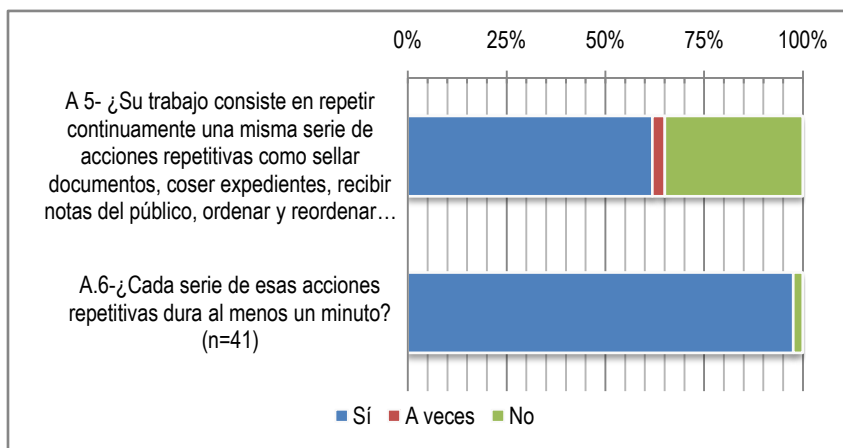
	Frecuencia	Porcentaje
Sí totalmente	2	3,2
Faltan algunos	32	50,8
No falta ninguno	29	46,0
Total	63	100,0

Requiere atención el hecho de que el 54% de las trabajadoras percibe que le faltan conocimientos y competencias para realizar correctamente sus tareas. Sería importante que la organización pueda identificar cuáles son los procesos en que las trabajadoras sienten inseguridad a fin implementar acciones para que se desempeñen con mayor solvencia. Por ejemplo, la sensación de incompetencia se podría originar por la falta de reconocimiento positivo al desempeño por parte de la organización o de capacitación teórica y práctica. En los casos de usuarios con padecimientos agudos o situaciones urgentes, se pueden estructurar los procesos de trabajo para que las trabajadoras sean acompañadas en las

situaciones de incertidumbre, reciban apoyo social de sus colegas y apoyo técnico de superiores y/o especialistas.

5.4. La monotonía y el aburrimiento:

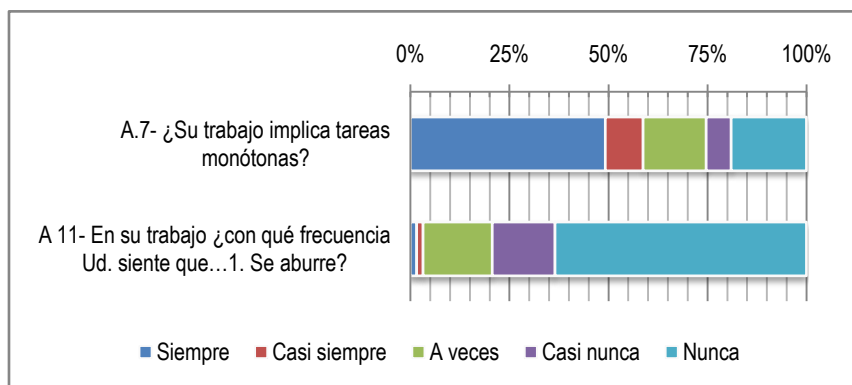
En este aspecto se observa el impacto del nivel de división técnica y social del trabajo, que condiciona la monotonía y los rasgos de placer en el trabajo.



	Sí (%)	A veces (%)	No (%)
A.5- ¿Su trabajo consiste en repetir continuamente una misma serie de acciones repetitivas como sellar documentos, coser expedientes, recibir notas del público, ordenar y reordenar expedientes? (n=63)	61,9	3,2	34,9
A.6-¿Cada serie de esas acciones repetitivas dura al menos un minuto? (n=41)	97,6		2,4

Se observa que el 61,9% de las trabajadoras respondió que su trabajo consiste en ejecutar continuamente una misma serie de acciones repetitivas que dura al menos un minuto. Son comprensibles estos valores, ya que las labores de cuidado y servicios de salud para personas con padecimientos mentales implican acatar rutinas diarias que incluyen el suministro de medicamentos, el aseo y la alimentación. Incluso las situaciones alarmantes se repiten, por ejemplo en las personas que son muy medicadas para dormir puede ser letal que se bronco aspiren, por lo que las trabajadoras deben estar muy alertas a estas situaciones. A su vez, las enfermeras están asignadas a sectores cuyos usuarios son agrupados por patologías, lo que conlleva acciones específicas requeridas por el padecimiento que, aunque adaptadas a cada usuario, son cíclicas y repetitivas para las trabajadoras.

A continuación, se muestra la perspectiva de las trabajadoras respecto a la monotonía y el aburrimiento.



	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
A.7- ¿Su trabajo implica tareas monótonas? (n=63)	49,2	9,5	15,9	6,3	19,0
A 11- En su trabajo ¿con qué frecuencia Ud. siente que...1. Se aburre? (n=63)	1,6	1,6	17,5	15,9	63,5

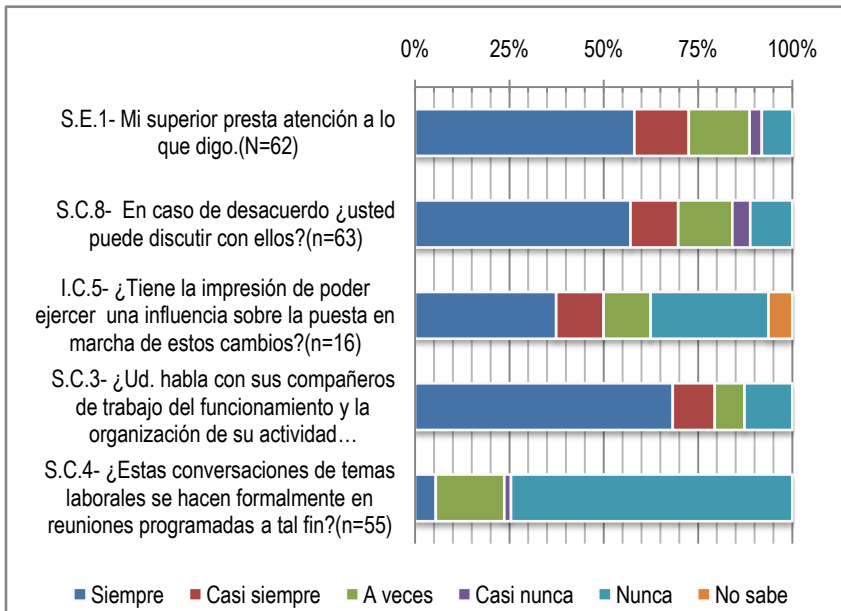
El 49,3% indicó que su trabajo siempre implica tareas monótonas y el 15,9% "A veces" lo ve así, lo que es similar a lo respondido sobre las tareas repetitivas. Se interpreta que son las rutinas del cuidado y la atención de la salud que, aunque requieren adaptarse, se vuelven monótonas y cíclicas para cada usuario.

Por otro lado, el 79,4% indicó que no siente que se aburre en su trabajo y eso le ocurre "A veces" al 17,5%. Se interpreta que las trabajadoras indicaron que no se aburren porque no tienen lapsos improductivos y habitualmente están ocupadas con las actividades laborales. Esa lectura es consistente con respuestas anteriores en que el 52,4% manifestó falta de tiempo para hacer correctamente sus labores (OB3.4).

5.5. Participación y representación

Al indagar en la participación de las trabajadoras en la toma de decisiones, se reconoce que "el campo de la salud mental se estructura a partir de las luchas de los diferentes actores definidos por diversos intereses muchas veces contradictorios: corporaciones médicas y profesionales, laboratorios, usuarios, políticas públicas, poder judicial. Esta perspectiva es relacional y dinámica" (Lopez, Torres, & Suardiaz, 2017, pág. 12). En esta dimensión, se buscan indicios de autonomía dentro del marco de dicho campo, de particularidades que confieran a las trabajadoras autoridad e incidencia sobre los objetivos organizacionales.

En primera instancia, se recurre a las preguntas que exponen si hay diálogo sincero y discusión constructiva en esta organización, ya que es un elemento indispensable para impulsar las propuestas prioritarias de cada trabajadora.



A continuación se exponen las frecuencias mencionadas.

	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)	No sabe (%)
S.E.1- Mi superior presta atención a lo que digo.(N=62)	58,1	14,5	16,1	3,2	8,1	
S.C.8- En caso de desacuerdo ¿usted puede discutir con ellos?(n=63)	57,1	12,7	14,3	4,8	11,1	
I.C.5- ¿Tiene la impresión de poder ejercer una influencia sobre la puesta en marcha de estos cambios?(n=16)	37,5	12,5	12,5		31,3	6,3
S.C.3- ¿Ud. habla con sus compañeros de trabajo del funcionamiento y la organización de su actividad laboral?(n=63)	68,3	11,1	7,9		12,7	
S.C.4- ¿Estas conversaciones de temas laborales se hacen formalmente en reuniones programadas a tal fin?(n=55)	5,5		18,2	1,8	74,5	

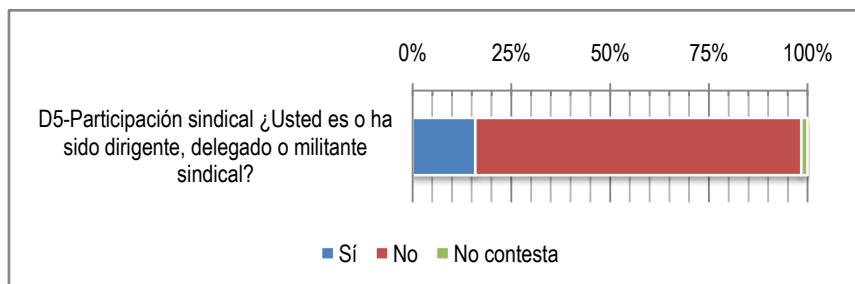
Se observa que el 72,6% de las trabajadoras considera que su superior sí le presta atención a lo que dice, mientras un 11,3% no es escuchado. En relación a las acciones llevadas adelante por los superiores jerárquicos, el 69,8% respondió que en caso de desacuerdo puede discutir con ellos y, contrariamente, un 15,9% no lo puede hacer. Mayormente se manifiesta que están abiertos los canales de diálogo con los superiores jerárquicos, aunque se desconoce si influyen en las decisiones.

Por otro lado, de las 16 trabajadoras que sí vivieron cambios en su trabajo, el 50% respondió que sí pudo ejercer influencia sobre la puesta en marcha de estos cambios y contrariamente el 37,6% no pudo hacerlo.

Al consultar si hablan con sus compañeras del funcionamiento y la organización de su actividad laboral, el 68,3% indicó "Siempre" y el 11,1% "Casi siempre" tiene estos diálogos. Pero estas conversaciones de temas laborales, en su mayor parte (76,3%), no se hacen formalmente en reuniones programadas a tal fin. Solo el 5,5% contestó que se dan en encuentros "Siempre" planificados. Las reuniones laborales podría ser una dinámica a potenciar para lograr una mejor coordinación entre las trabajadoras, estimular el apoyo social y técnico y mitigar los factores de RPST.

Se debe agregar que 7 trabajadoras (11%) respondieron en la pregunta S.F.1.2 que una o varias personas de la empresa le impiden expresarse o hablar. Se requeriría indagar de dónde surge este impedimento y cómo evitarlo porque es un derecho elemental, indispensable para que el colectivo de trabajo tenga una dinámica armónica y es un factor de RPST.

Luego, en búsqueda de antecedentes de acciones en conjunto de las trabajadoras, orientadas a impulsar sus prioridades mediante representantes, se recurrió a consultar sobre la participación desde un rol sindical.

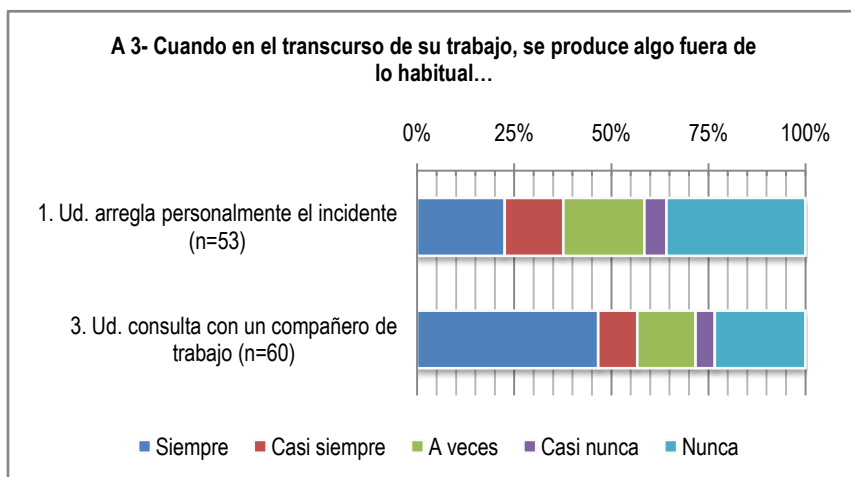


D5-Participación sindical ¿Usted es o ha sido dirigente, delegado o militante sindical?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	15,9
No	52	82,5
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0

Se preguntó si eran o habían sido dirigentes, delegados o militantes sindicales, a lo que solamente el 16% indicó que "Sí". Este bajo valor tiene paralelismo con lo identificado específicamente entre las enfermeras por Micha, quien indica que requieren una representación enfocada en sus necesidades específicas como colectivo laboral, e identifica que "la vulnerabilidad de la representación gremial es un hecho reconocido por la mayoría de las y los entrevistados" (Micha, 2015, pág. 71).

Finalmente, en casos laborales atípicos y sin un procedimiento prescripto, también se manifiesta el grado de margen de maniobra que tienen las trabajadoras, por eso a continuación se muestran las siguientes preguntas.



A 3- Cuando en el transcurso de su trabajo, se produce algo fuera de lo habitual:	Siempre (%)	Casi siempre (%)	A veces (%)	Casi nunca (%)	Nunca (%)
1. Ud. arregla personalmente el incidente (n=53)	22,6	15,1	20,8	5,7	35,8
3. Ud. consulta con un compañero de trabajo (n=60)	46,7	10,0	15,0	5,0	23,3

Cuando en el transcurso de la jornada de trabajo se produce algo fuera de lo habitual, el 37,7% dijo que sí arregla personalmente el incidente lo que muestra la existencia margen de maniobra y competencia suficiente. En contrapartida el 41,5% no cuenta con margen de maniobra para solucionarlo. Ante ese tipo de imprevistos, predomina el 56,7% que consulta con una compañera de trabajo.

Conclusiones

El análisis llevado adelante sobre la Clínica de Salud Mental y expuesto en este capítulo tuvo centralmente el objeto de identificar las particularidades del proceso de trabajo que requieren ser atendidas para disminuir los factores de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. La presencia de más “Autonomía y margen de maniobra” le permitirían a las trabajadoras incidir sobre los objetivos organizacionales y adaptar el proceso de trabajo a sus preferencias, necesidades y evitar impactos negativos en su salud física, psíquica o mental. El análisis se enfoca en el margen de maniobra procedimental porque no hay indicios de que se presente autonomía global en esta organización.

En primera instancia, se distingue que disminuiría la exposición a factores de RPST si tuvieran mayores posibilidades de adaptar los tiempos y horarios de trabajo. Se observa que el 95,3% de las trabajadoras manifestaron que sus horarios de trabajo están definidos por la organización en forma estricta y el 90,5% trabaja 45 o más horas semanalmente. Ello acota determinadamente los lapsos de tiempo para que las trabajadoras puedan llevar adelante actividades del ámbito personal o recreativo.

Otro aspecto que requiere especial atención es que el 54% de las trabajadoras siente que le faltan conocimientos y competencias para realizar correctamente el trabajo. Se deberían llevar adelante acciones para identificar específicamente las causas y los conocimientos teóricos o prácticos faltantes e impulsar acciones y talleres para incrementar su competencia a fin de lograr que se desenvuelvan con más solvencia. A su vez, disminuyendo ese factor de RPST se estaría incrementando la calidad del servicio que se brindaría a los usuarios de la clínica.

El margen de maniobra también implica que las trabajadoras tengan el tiempo suficiente para elegir cómo alcanzar los objetivos prescriptos, si no se ven obligados a usar el procedimiento que demande menos tiempo. Le ocurre al 22,2% de las trabajadoras (pregunta OB3.4) que siempre o casi siempre tienen que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien, esto perjudica la calidad de los servicios prestados, además de no dar lugar a un mayor margen de maniobra. En relación a los cambios trascendentes que se lleven adelante en la Clínica, sería conveniente comunicarlos con anticipación porque el 87,5% de quienes sufrieron cambios respondió que les faltó información, lo cual es indispensable para salir de la incertidumbre, proyectar cómo adaptarse a la nueva situación y no vivir el cambio como un atropello.

También necesita atención el hecho de que 7 trabajadoras (11%) respondan en la pregunta S.F.1.2 que una o varias personas de la empresa le impiden expresarse o hablar. Se requeriría indagar de dónde surge este impedimento y cómo evitarlo porque es un derecho elemental, indispensable para que el colectivo de trabajo tenga una dinámica armónica, e incrementa además la exposición a factores de RPST.

Los aspectos antes mencionados son los más relevantes, que requieren intervención para que su impacto negativo en los factores de RPST se vea aminorado.

Referencias bibliográficas

- Abramzón, M. C. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Aspiazu, E. L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Pilquen - Sección ciencias sociales*, 55-66.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Paris: INSEE.
- Gulino, F.J. (2015). *Hacer una cosa más social. Un estudio sobre las habilidades laborales de los agentes de la Colonia Nacional "Dr. M. A. Montes de Oca"*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Karasek, R. (1998). El modelo de demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. En *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (págs. 34.6-34.16). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España y Organización Internacional del Trabajo.
- Le Plat, J., & Hoc, J. (1998). Tarea y Actividad en el análisis psicológico de situaciones. En *La ergonomía conceptos y métodos* (págs. 163-176). Madrid: Editorial Complutense.
- Lopez, M., Torres, J., & Suardiaz, C. (2017). *Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas*. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Estudios del Trabajo*, 61-90.
- Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEILCONICET / Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Nordeste / Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata / Departamento de Economía y Administración de I.
- Suarez Maestre, A. (2014). *Proyecto de Extensión Universitaria "Hablemos del Trabajo: conocer las condiciones de trabajo para transformarlas"*. La Plata: Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata.
- Tapp D., Stansfield K., & Stewart J. (2015). La autonomía en la práctica de enfermería. *Revista Aquichan*, AÑO 5 - Vol. 5 N° 1 (5) Chía, Colombia.

6. Los vínculos sociales en el trabajo de cuidado en salud mental

Sofía Malleville y M. Cecilia Bostal

Introducción

Como planteaba Marx (2008), el acto de trabajar implica el contacto con la naturaleza exterior y su transformación para la satisfacción de necesidades humanas. Es a partir de ese acto que el hombre, en tanto especie, crea una realidad objetiva y exterior así mismo. Además, en ese proceso, quien trabaja se transforma a sí mismo y establece relaciones sociales. El trabajo entonces es ante todo una actividad social que se ejecuta de manera colectiva y en interdependencia. En nuestros tiempos, la forma en que se organiza, su división social y técnica, hace imprescindible la coordinación, la cooperación y la comunicación dentro del espacio laboral.

En los últimos años, la pregunta por la calidad de los vínculos sociales en las sociedades contemporáneas ha sido objeto de estudio de numerosos autores y autoras. Entre quienes se especializan en el mundo del trabajo encontramos diversas producciones que analizan las transformaciones estructurales de las últimas décadas y sus implicancias en las formas de relacionarnos y en la construcción de subjetividades (Castel, 1995; Paugam, 1991; 2005).

Uno de los principales aportes teóricos respecto al estudio de los vínculos sociales es el de Serge Paugam (2012). Este autor plantea que podemos definir dichos vínculos a partir de dos dimensiones centrales: la protección y el reconocimiento. La primera de ellas puede sintetizarse en la frase “contar con”, es decir aquellos recursos y/o soportes con los que cuenta el individuo y puede movilizar frente a los avatares de la vida. En segundo lugar, el “contar para” supone la interacción social en donde el

individuo da cuenta de su existencia y su valor a través de la mirada de otro/s. Además, todo vínculo posee un componente afectivo que lo refuerza. Si pensamos en las relaciones sociales en el marco del trabajo, Paugam señala la importancia del análisis de la dimensión objetiva, ligada a la estabilidad en el empleo y a los beneficios en materia de protección social que esto trae aparejado. Sin embargo, nos advierte que no debemos perder de vista la dimensión del reconocimiento en el trabajo. La precariedad puede manifestarse en las condiciones de empleo, pero también en las condiciones laborales, por ejemplo, cuando quien trabaja tiene el sentimiento de estar débilmente reconocido por la empresa u organización que lo contrata o bien se encuentra mal retribuido en relación con el esfuerzo que efectúa.

Centrándonos en nuestro caso, la actividad realizada por las trabajadoras de la clínica de salud mental que analizamos posee un enorme componente técnico, ligado a su formación, pero también práctico, emocional y afectivo, involucrando el control de las emociones propias y ajenas a través de actividades de contención y escucha de las personas con padecimiento y sus allegados. Además, como señalamos oportunamente, se realiza durante jornadas laborales extenuantes, en materia de días y horarios, demandando un gran esfuerzo físico y cognitivo. En este marco buscaremos analizar la calidad de los vínculos laborales, es decir los elementos que permiten la integración o separación respecto al colectivo y la organización empleadora, en sintonía con las características que reviste el trabajo de cuidado en esta institución de salud mental de carácter privado. Las relaciones sociales pueden constituir una dimensión problemática del trabajo o bien ser un aspecto positivo, permitiendo sobrellevar otras situaciones del cotidiano.

Específicamente en los espacios de salud, la colaboración, interdependencia y comunicación revisten aspectos fundamentales para la articulación del trabajo entre las distintas categorías presentes. De esta forma a) el sentimiento de reconocimiento y retribución respecto al trabajo realizado; b) el apoyo y el acompañamiento en las tareas y c) la posibilidad de diálogo e intercambio, constituyen tres ejes centrales que atravesarán nuestro análisis.

Retomando la perspectiva de los riesgos psicosociales en el trabajo, para el estudio de esta dimensión, nos centraremos tanto en las relaciones de tipo horizontal, entre compañeras y colegas, como así también en las

relaciones de tipo vertical, con superiores jerárquicos y con la organización en general ¹ (Gollac, 2011; Neffa, 2015). Para ello dividiremos el análisis en cuatro dimensiones de las relaciones sociales en el trabajo, a saber:

1. Relaciones con superiores jerárquicos
2. Relaciones con compañeras y colegas.
3. Relaciones con la organización en general.
4. Situaciones de violencia en el lugar de trabajo.

6. 1. Relaciones con superiores jerárquicos

Como señalamos anteriormente, una de las características que describe al trabajo en los espacios de salud es la multiplicidad de profesionales, técnicos, auxiliares y personal operativo que articulan saberes y prácticas a partir de la interacción cotidiana con los usuarios del servicio. Esta complejidad es un elemento indispensable para organizar el trabajo y así cumplir con los objetivos estipulados. El personal médico diagnostica y brinda indicaciones a las enfermeras, quienes están en permanente contacto con las personas internadas, suministran la medicación, realizan curaciones y también efectúan otras acciones propias del cuidado, tales como brindar una palabra de aliento a quien lo necesite. También, el personal de limpieza que higieniza el sector suele efectuar otras tareas ligadas a la atención de quienes están internados, como por ejemplo su alimentación y/o la colaboración en otras actividades terapéuticas. Las administrativas reciben a los usuarios y a sus allegados, manejan los horarios de visitas y efectúan otras tareas cotidianas, entre las cuales podemos mencionar la gestión con las obras sociales.

¹ Según Michel Gollac (2011), dentro de este factor también pueden incluirse las relaciones con el público y/o los usuarios de la organización. Sin embargo, teniendo en cuenta las características que asume el trabajo en la clínica de salud mental, nos parece más rico abordar estos vínculos en el capítulo sobre exigencias y control de las emociones.

Esta yuxtaposición de saberes y prácticas no sólo organiza el trabajo, sino que permite configurar determinadas relaciones sociales al interior de dichos espacios. Como señalamos en la presentación del caso, en la clínica bajo estudio, las trabajadoras en relación de dependencia son en su mayoría mucamas y enfermeras². En ambas categorías predomina la presencia de mujeres, rasgo propio de un sector altamente feminizado. Entre las categorías operativas también hay quienes realizan tareas administrativas, de mantenimiento y cocina. Además, el plantel de la clínica está conformado por cuatro médicas que hacen guardia de forma alternada durante veinticuatro horas, y otras especialistas tales como psicólogas y/o musicoterapeutas que organizan actividades recreativas con las personas internadas (plástica, expresión corporal, entre otras).

De esta forma, cuando nos preguntamos por las relaciones con los superiores jerárquicos debemos tomar en cuenta las distintas líneas de mando en función del tamaño relativamente pequeño de la institución y las diversas categorías que se vinculan en el cotidiano. Es decir, las personas encargadas de las diversas áreas y/o sectores, las médicas de guardia, otros profesionales externos que atienden a los usuarios de forma particular, la jefa de personal, como así también los dueños de la clínica y personas específicas que, a pesar de ser empleados, ejercen acciones de vigilancia cuando los propietarios no se encuentran presentes.

Además de esta superposición de jefaturas, en la clínica de salud mental existen vínculos diferenciales no sólo en la forma histórica médico/a-enfermero/a sino también en el vínculo enfermera-mucama. En el marco de las entrevistas, las mucamas, tal como son denominadas por el convenio colectivo que las representa, se presentaban como “*auxiliares de las enfermeras*” o “*personal de ayuda al enfermo mental*”. En los distintos sectores de la clínica, suelen trabajar enfermeras y mucamas de forma conjunta en el cuidado de las personas internadas, realizando actividades complementarias como preparar y administrar las comidas, realizar aseo asistido, alistar las camas y habitaciones. Se encargan también del “trabajo

² La escritura en género femenino no es una decisión arbitraria, sino que busca representar la situación de la clínica: la totalidad del personal de limpieza está conformado por mujeres y, en el caso de enfermería la mayor parte de la fuerza de trabajo también es femenina.

sucio” a través de una serie de saberes y quehaceres discretos que permiten el bienestar de las personas internadas (Moliner, 2012), es decir de las situaciones que son consideradas tabú en nuestras sociedades y por ende deben permanecer ocultas ante la mirada de los otros, como por ejemplo el quitar deyecciones o cambiar pañales.

Sumado a las tareas de higiene y confort que realizan, y que son estipuladas de antemano por la organización permitiendo así el funcionamiento cotidiano de la institución, los tiempos y ritmos de trabajo de enfermeras y mucamas también se configuran en relación con las necesidades y requerimientos de las personas internadas. Ambas poseen una enorme labor emocional y afectiva calmando a quienes vivencian situaciones de crisis, escuchándolos cuando necesitan expresarse y/o brindándoles una palabra de aliento. También experimentan un gran desgaste físico y psíquico propio de la movilización y el desplazamiento de cargas pesadas, el traslado de usuarios, los esfuerzos emocionales que realizan en la interacción con personas que experimentan diversos padecimientos mentales. Por lo tanto, las tareas materiales que ejecuta este grupo de trabajadoras y las relaciones que establecen en el espacio de la clínica no pueden pensarse separadas de los esfuerzos físicos y psíquicos que realizan.

No obstante, más allá de compartir buena parte de las labores cotidianas, existen diferencias entre las tareas y exigencias de las enfermeras y las mucamas. Las primeras son quienes poseen mayor jerarquía, asociada a su formación teórico-práctica y, por ende, tienen mayor responsabilidad en el cuidado de las personas internadas en cada sector. Por lo tanto, son las mucamas quienes reciben indicaciones por parte del personal de enfermería sobre, por ejemplo, la alimentación de cada usuario en particular, y son las enfermeras quienes realizan acciones puntuales asociadas al ejercicio de la profesión, como curaciones y/o colocación de vías.

Más allá de las particularidades del trabajo en la clínica de salud mental bajo estudio, para comprender la relación de cercanía entre enfermeras y mucamas debemos señalar algunos elementos sociohistóricos que atravesaron el largo proceso de construcción de la enfermería como profesión en nuestro país. Históricamente el trabajo del personal de enfermería fue definido a partir de su vínculo con el trabajo médico. Dicha característica lo posicionó en una relación de subordinación

respecto del saber médico, ligando las prácticas de enfermería a éste, e invisibilizando sus especificidades. El largo proceso de transformación que sufrió la enfermería que pasó de un oficio empírico a ser reconocida como una profesión, no estuvo exento de disputas al interior del campo de la salud, como sostiene Faccia: “se establecieron relaciones sociales y de poder entre los actores involucrados, principalmente enfermeros, médicos y otros profesionales del equipo de salud” (2015: 323). A pesar de los diversos intentos durante el siglo XX para formalizar el ejercicio de la enfermería, recién a partir de la década del noventa se impulsó un plan nacional de profesionalización en la búsqueda por reconvertir al auxiliar en licenciado. En 1991 se sanciona la Ley Nacional N°24.004 de Ejercicio de la Enfermería³, definiendo la práctica como autónoma y reconociendo el nivel auxiliar y el profesional. De esta forma, se prohibió el ejercicio de la práctica y/o acciones propias de la enfermería a toda persona que no esté comprendida en dichas categorías, estableciendo sanciones a las instituciones que contraten a quienes no reúnan los requisitos exigidos por la ley.

En la clínica de salud mental, estas transformaciones en materia de regulación fueron experimentadas por las enfermeras que cuentan con mayor antigüedad. En las entrevistas, nos cuentan que comenzaron ejerciendo su actividad como “*enfermeras empíricas*”. La práctica de cuidado se basaba esencialmente en conocimientos y *quehaceres* que se aprendían en la experiencia cotidiana, en el contacto con otro/s, ya sea compañeros/as y/o usuarios/as, pero sin formación teórica para ello. A partir de los cambios en la legislación y la regulación de la enfermería, para continuar ejerciendo su trabajo fue obligatoria su reconversión a auxiliares o licenciadas. De esta forma, muchas de las enfermeras de la clínica comenzaron trabajando dentro de la categoría “mucamas” pero ejerciendo como “*enfermeras empíricas*” y, luego de completar sus estudios, pasaron formalmente a la categoría “enfermeras”. Este proceso no es propio de la clínica bajo estudio, sino que Silvia Balzano (2012) identifica un proceso similar en la Colonia Neuropsiquiátrica Montes de Oca.

³ Disponible en: <https://www.economia.gob.ar/concursos/biblio/LEY%2024004-91%20EJERCICIO%20DE%20LA%20ENFERMERIA.pdf>

Por otro lado, para comprender la naturaleza de las relaciones con los superiores jerárquicos tampoco debemos perder de vista las particularidades que reviste la práctica de cuidado en esta clínica. La experiencia de trabajar con personas con padecimientos mentales e internadas durante largos períodos de tiempo, sumado a los años de antigüedad en el puesto y/o en la institución y la repetición de tareas similares en horarios ya estipulados que se suceden día tras día, intervienen en las representaciones que las trabajadoras poseen sobre su actividad. Durante la situación de entrevistas muchas de ellas afirman “*ya sabemos lo que tenemos que hacer*” o bien “*no necesitamos que un superior nos diga lo que tenemos que hacer*”. En los cuidados referidos al hospedaje y/o a la estadía prolongada las tareas cotidianas y los tiempos para hacerlas suelen ser similares y están definidos de antemano por la organización. Por ejemplo, durante el turno mañana en uno de los sectores donde la patología principal es la demencia senil, las trabajadoras deben encargarse de bañar a los adultos mayores, cambiar sus pañales, asear las habitaciones y suministrar el desayuno. La supervisora suele limitarse a pasar por los distintos sectores preguntando si necesitan algún material de trabajo ya sea guantes, pañales u otros insumos de higiene. Así, una vez finalizadas las tareas de la primera mañana, el personal tiene un breve descanso que consta de unos treinta minutos, aproximadamente a las 10hs AM., para luego comenzar a preparar el momento del almuerzo.

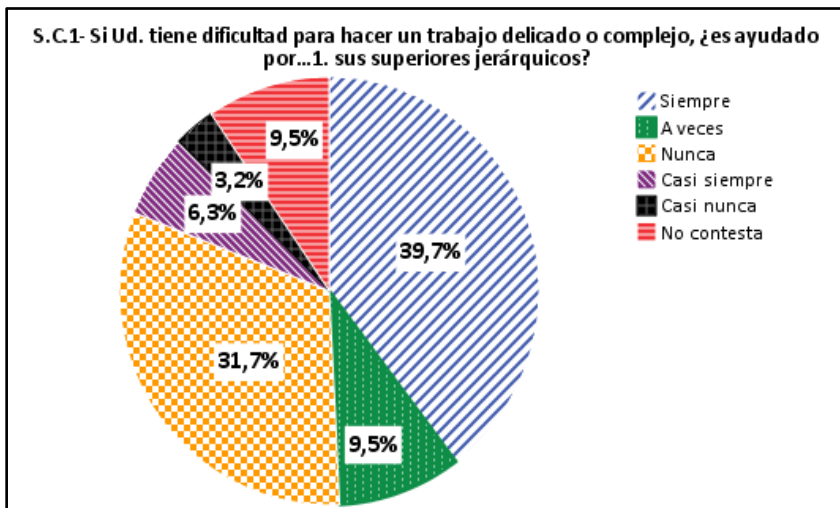
A continuación, analizaremos las relaciones con los superiores en la clínica de salud mental bajo estudio a partir de los datos que obtuvimos mediante la encuesta sobre riesgos psicosociales y condiciones laborales. Entendemos que es necesario leer dichos resultados a la luz de la descripción de la organización del proceso laboral y las relaciones sociales en la institución. De esta forma, las características del cuestionario, las entrevistas informales con el personal de la clínica y las observaciones en el lugar de trabajo nos permitieron complementar la lectura de los datos numéricos.

En primer lugar, y retomando los tres ejes que atraviesan el análisis de los vínculos sociales, nos centraremos en el denominado *apoyo técnico*. Este refiere a la colaboración brindada por superiores jerárquicos al momento de solucionar problemas y/o imprevistos o bien a los consejos y/o recomendaciones impartidas en el día a día. Los datos de las encuestas revelan que prácticamente la mitad del personal de la clínica percibe que

“Siempre o Casi siempre” es ayudado por sus superiores jerárquicos ante una situación delicada o compleja (46%, 29 casos). Sin embargo, buena parte de las trabajadoras restantes (34,9%, 22 casos) sostienen que “Nunca o Casi nunca” son apoyadas técnicamente por su superiores ante una dificultad mientras que el 9,5%, (6 casos) indicaron que esto sucede solo “A veces”.

S.C.1- Si Ud. tiene dificultad para hacer un trabajo delicado o complejo, ¿es ayudado por...1. sus superiores jerárquicos?

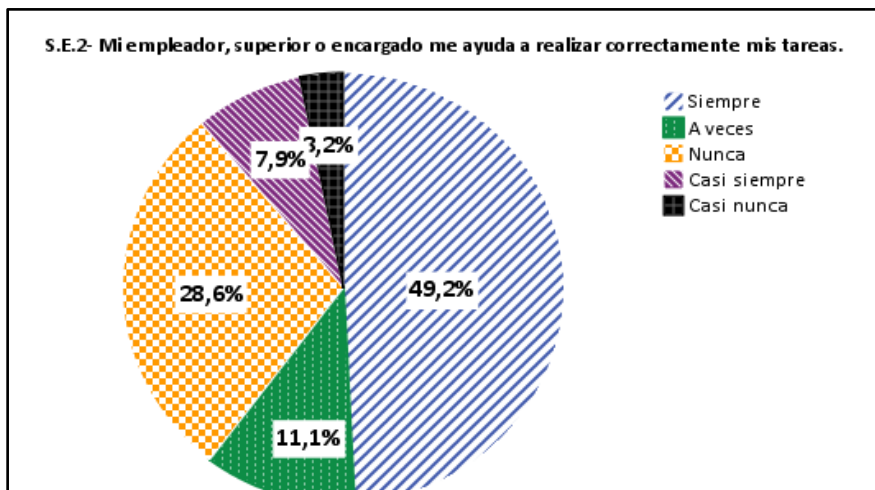
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	25	39,7
Casi siempre	4	6,3
A veces	6	9,5
Casi nunca	2	3,2
Nunca	20	31,7
No contesta	6	9,5
Total	63	100,0



Otra de las preguntas que nos permite indagar sobre el apoyo técnico refiere a la ayuda brindada por los superiores, ya no en situaciones complejas, sino en los *quehaceres* cotidianos. Los números ascienden levemente respecto a la pregunta anterior, el 57,1% (36 casos) del personal se siente apoyado “Siempre o Casi siempre” por sus superiores. Sin embargo, también encontramos que un 31,8% (20 casos) de los mismos percibe que “Nunca o Casi nunca” comparte dichas tareas con sus jefes y un 11,7% (7 casos) afirma que sucede “A veces”. Estos porcentajes pueden pensarse en sintonía con las características de la práctica de cuidado, es decir las tensiones entre acciones sumamente estipuladas y estandarizadas donde los superiores se limitan a entregar materiales de trabajo y, por otro lado, el reconocimiento de la particularidad de cada una de las personas internadas y los imprevistos que puedan surgir en ese vínculo, los cuales suelen abordarse entre las compañeras del sector. Asimismo, cuando analicemos las situaciones de violencia veremos que, en algunos casos, las trabajadoras se sienten poco acompañadas por parte de los empleadores respecto a sus intervenciones ante los usuarios que tienen un comportamiento agresivo y/o riesgoso para sí o para los demás.

S.E.2- Mi empleador, superior o encargado me ayuda a realizar correctamente mis tareas.

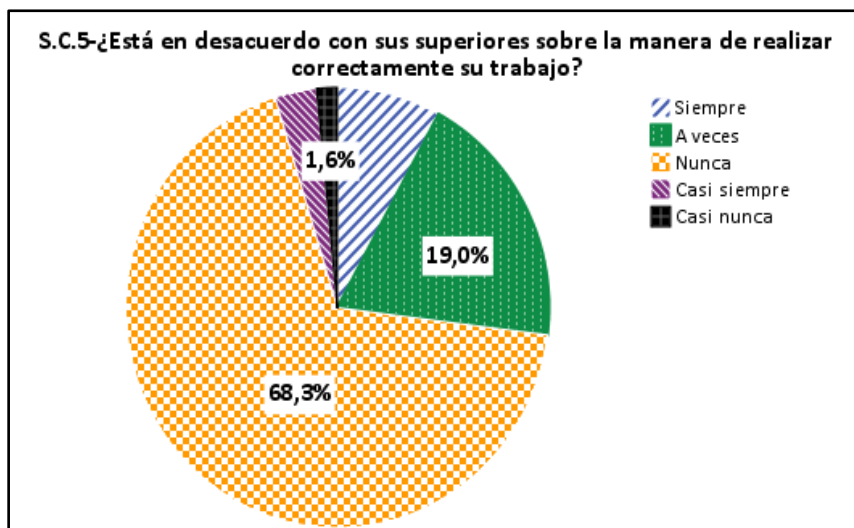
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	31	49,2
Casi siempre	5	7,9
A veces	7	11,1
Casi nunca	2	3,2
Nunca	18	28,6
Total	63	100,0



Otro eje que nos permite analizar los datos obtenidos mediante la encuesta refiere a la *comunicación* entre superiores y personal a cargo. El vínculo con los superiores también puede caracterizarse a partir de la posibilidad de dialogar, de la apertura de espacios para que el trabajador/a plantee sus inquietudes y la escucha por parte de quienes imparten las órdenes. La gran mayoría de las personas consultadas indica que “Nunca o Casi nunca” está en desacuerdo con sus superiores sobre la mejor forma de realizar el trabajo (69,9%; 44 casos) mientras que el 19% (12 casos) manifiesta que esto sucede “A veces” y un 11,1% (7 casos) afirman “Siempre o Casi siempre”.

S.C.5- ¿Está en desacuerdo con sus superiores sobre la manera de realizar correctamente su trabajo?

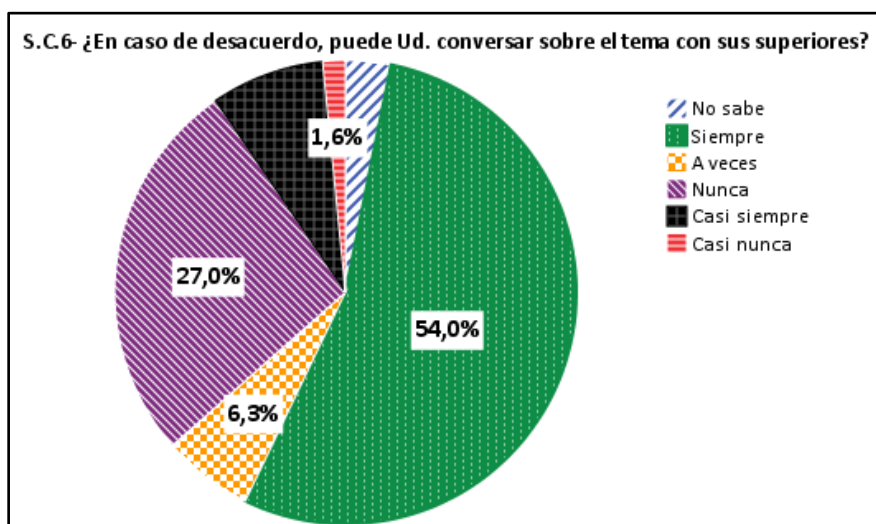
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	7,9
Casi siempre	2	3,2
A veces	12	19,0
Casi nunca	1	1,6
Nunca	43	68,3
Total	63	100,0



En caso de que existiera el desacuerdo, más de la mitad de los trabajadores y las trabajadoras de la clínica pueden conversar sobre el tema (61,9%, 39 casos) pero también encontramos un importante número que señala (28,6%,18 casos) que “Nunca o Casi nunca” tiene la posibilidad de expresarle a sus superiores la disconformidad con la manera en que se organiza el trabajo.

S.C.6- ¿En caso de desacuerdo, puede Ud. conversar sobre el tema con sus superiores?

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	2	3,2
Siempre	34	54,0
Casi siempre	5	7,9
A veces	4	6,3
Casi nunca	1	1,6
Nunca	17	27,0
Total	63	100,0

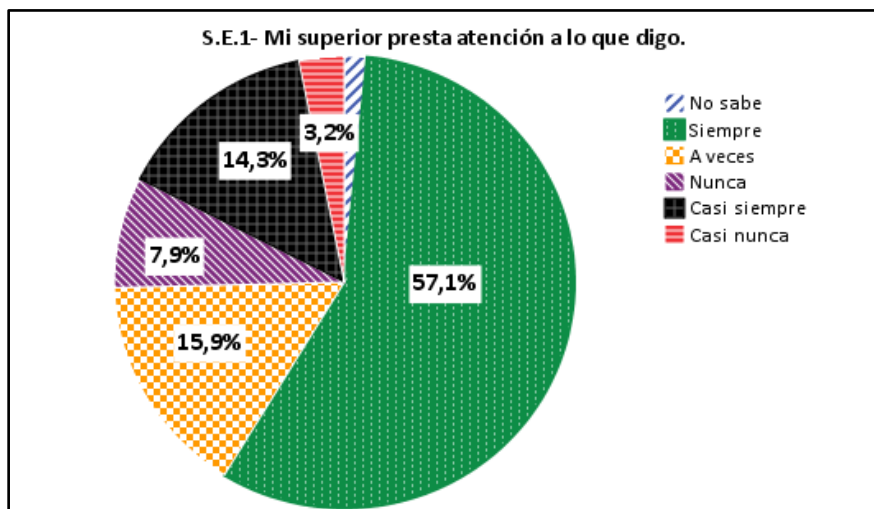


En esta línea también hallamos que buena parte de las personas encuestadas perciben que sus jefes prestan atención a sus recomendaciones (71,4%, 45 casos respondieron “Siempre o Casi siempre”) mientras que un (15,9%, 8 casos) respondió que esto sucede “A veces” y un 11,1% (7 casos) siente que “Nunca o Casi nunca” los

superiores toman en cuenta sus opiniones respecto a la forma de organizar las tareas.

S.E.1- Mi superior presta atención a lo que digo.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	1	1,6
Siempre	36	57,1
Casi siempre	9	14,3
A veces	10	15,9
Casi nunca	2	3,2
Nunca	5	7,9
Total	63	100,0

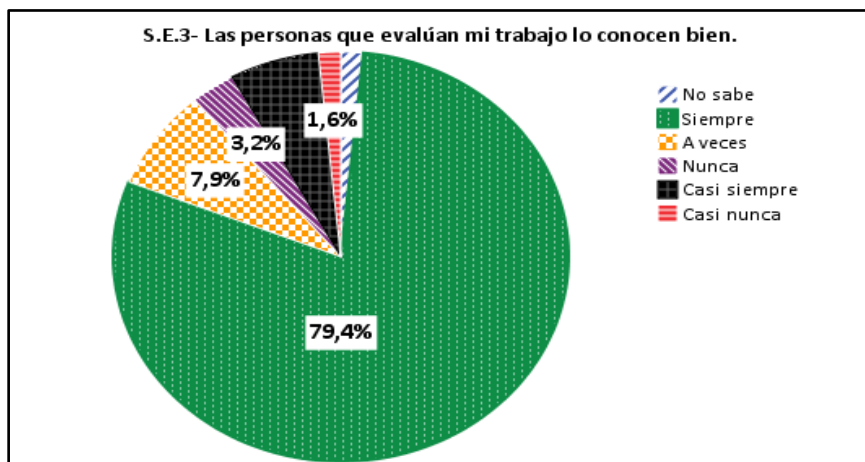


En lo que respecta a la dimensión del **reconocimiento** y la **valoración** de los esfuerzos realizados, las trabajadoras de la clínica de salud mental reconocen que las personas que evalúan su trabajo lo conocen bien

(85,7%, 54 casos “Siempre o Casi siempre”; “A veces” 7,9%, 5 casos; y “Nunca o casi nunca” 4,8% o 3 casos).

S.E.3- Las personas que evalúan mi trabajo lo conocen bien.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	1	1,6
Siempre	50	79,4
Casi siempre	4	6,3
A veces	5	7,9
Casi nunca	1	1,6
Nunca	2	3,2
Total	63	100,0

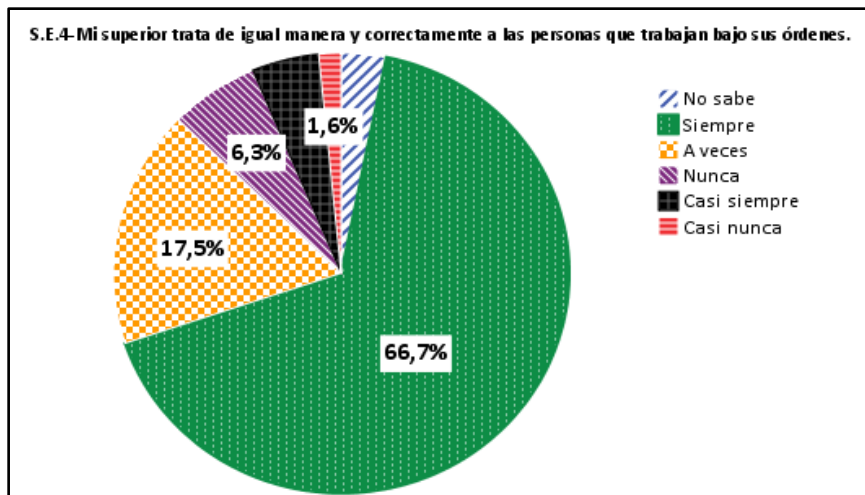


Cuando se les consultó si sus superiores jerárquicos trataban de igual forma a todas las personas a cargo, las respuestas también se inclinaron por la positiva. Más de dos tercios del personal percibe que “Siempre o Casi siempre” son tratados igualitariamente, mientras que el 17,5% (11

casos) sostiene que “A veces” existen diferencias y un 4,9% (7 casos) consideran que “Nunca o casi nunca” existe un vínculo similar.

S.E.4-Mi superior trata de igual manera y correctamente a las personas que trabajan bajo sus órdenes.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	2	3,2
Siempre	42	66,7
Casi siempre	3	4,8
A veces	11	17,5
Casi nunca	1	1,6
Nunca	4	6,3
Total	63	100,0

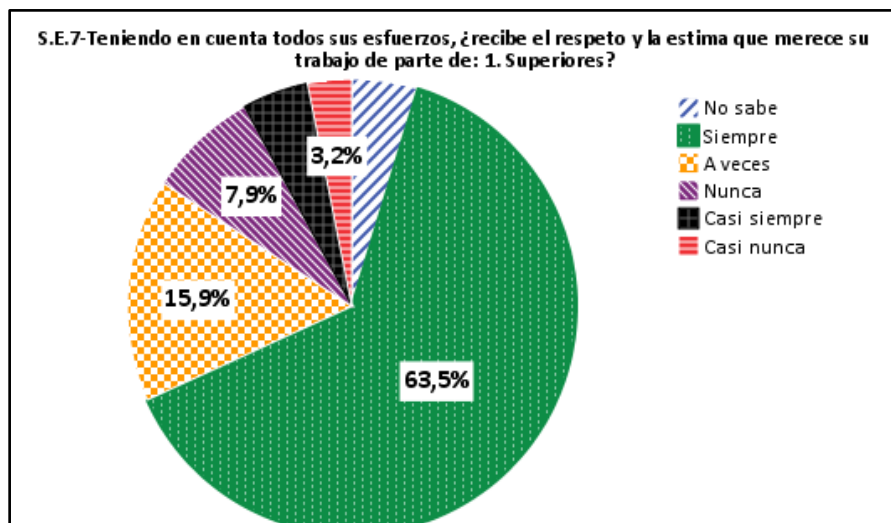


El reconocimiento de las labores realizadas, el sentir que el esfuerzo y la dedicación brindada son debidamente valorados se presentan como

elementos fundamentales para la autoestima de quien trabaja, reforzando su identidad e integrándolo positivamente al equipo. Dejours (1992; 2013) denomina “juicios de utilidad” a las valoraciones pronunciados por las líneas jerárquicas respecto a las tareas efectuadas por el personal a cargo, si un trabajador/a siente que su compromiso no es tenido en cuenta, es subestimado o no es tratado de manera igualitaria en relación con otros compañeros/as podemos encontrar escenarios de sufrimiento para esas personas. En el colectivo bajo estudio hallamos que, en líneas generales, el personal percibe que el esfuerzo realizado es valorado por sus superiores jerárquicos: 68,3% “Siempre o Casi siempre” (43 casos), 15,9% “A veces” (10 casos) y 11,1% “Nunca o casi nunca” (7 casos).

S.E.7-Teniendo en cuenta todos sus esfuerzos, ¿recibe el respeto y la estima que merece su trabajo de parte de: 1. Superiores?

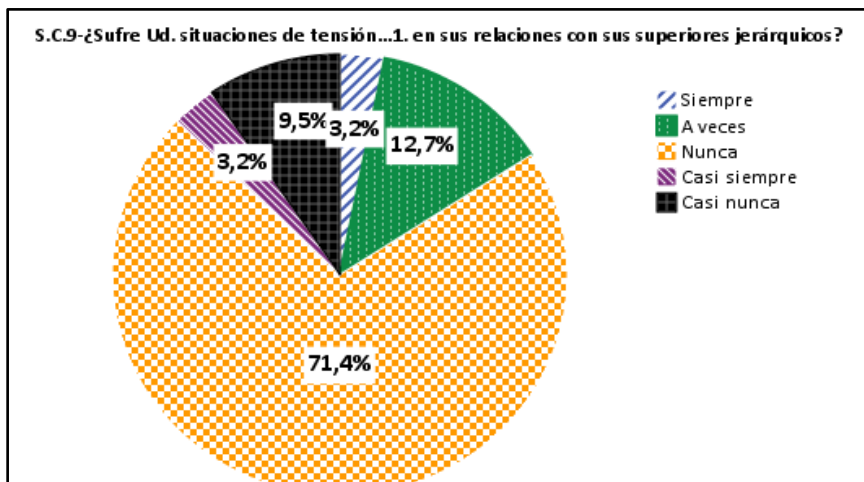
	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	3	4,8
Siempre	40	63,5
Casi siempre	3	4,8
A veces	10	15,9
Casi nunca	2	3,2
Nunca	5	7,9
Total	63	100,0



Por último, para finalizar el análisis de la calidad de los vínculos entre trabajadores/as y jefes vemos que ante la pregunta “¿sufre usted situaciones de tensión en sus relaciones con sus superiores jerárquicos?” la mayor parte de las personas encuestadas (80,9%, 51 casos) perciben que “Nunca o Casi nunca” experimenta dichas situaciones. Solo unos pocos casos sostienen que la tensión se encuentra “Siempre o Casi siempre” presente mientras que 12,7% (8 casos) respondieron “A veces”.

S.C.9- ¿Sufre Ud. situaciones de tensión...! en sus relaciones con sus superiores jerárquicos

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
A veces	8	12,7
Nunca	45	71,4
Casi siempre	2	3,2
Casi nunca	6	9,5
Total	63	100,0



A modo de cierre argumentamos que, para comprender las relaciones con los superiores jerárquicos, debemos retomar las especificidades de la clínica bajo estudio señaladas al inicio. En primer lugar, las características de una institución que aborda patologías relacionadas con la salud mental. Las prácticas de cuidado se organizan en relación con las necesidades de los usuarios, permitiendo la articulación y el trabajo conjunto de distintos grupos de trabajadores/as. Las enfermeras y mucamas son las trabajadoras más representativas de la institución y suelen efectuar sus labores de forma conjunta, pasando largos períodos de tiempo en contacto con las personas internadas, lo cual otorga cierta especificidad a las tareas de cuidado en relación con otros grupos presentes en la clínica. El reciente proceso de profesionalización de la enfermería hace que ambos grupos se relacionan en un plano de cercanía, puesto que hasta hace algunos años las enfermeras con más antigüedad ejercían de forma “empírica”, es decir a partir de una serie de conocimientos aprendidos mediante la experiencia. Además, la gran cantidad de años trabajando en una institución relativamente pequeña, que cuenta con no más de cien trabajadores, hace que los vínculos se construyan en el tiempo y en el trato continuo.

Sin embargo, no debemos perder de vista que estamos analizando un establecimiento privado donde, a diferencia del ámbito público, en la

referencia a los superiores también se condensa la imagen de los propietarios de la institución, quienes habitan el espacio de la clínica, y de las personas encargadas de realizar acciones de vigilancia y control encargadas por los empleadores, por ejemplo, mediante sistemas de cámaras en los distintos sectores. La práctica de cuidado, entonces, no sólo estará atravesada por los requerimientos de los pacientes sino también por las exigencias de la organización al momento de brindar un “*servicio de calidad*” propio del carácter privado de la institución. En las relaciones con los superiores jerárquicos, existe un vínculo más cercano fruto de las características de la clínica pero a la vez esta particularidad también actúa como un mecanismo que permite un control más directo y personal sobre las trabajadoras.

6. 2. Relación con compañeras o colegas

Como bien planteamos al inicio de este capítulo, el trabajo es una actividad social que se realiza de manera colectiva y en interdependencia con otros. El trabajo del sector servicios, y específicamente el trabajo en salud, implica una multiplicidad de otros: superiores, colegas, usuarios, familiares y allegados. En este apartado nos proponemos pensar específicamente el vínculo entre compañeras, el cual ocupa un lugar importante en el día a día de cada trabajadora, ya que es con ellas con quienes comparte el quehacer cotidiano en su espacio laboral.

El vínculo entre colegas puede constituir un aspecto positivo en la vida laboral, favoreciendo el trabajo en equipo y colaborativo, mitigando el peso de tareas y decisiones, fortaleciendo la autoestima de las trabajadoras, o puede revestir un carácter negativo, contribuyendo a que la trabajadora se sienta sola o aislada, afectando la valoración de sí misma y haciendo difícil su bienestar en el quehacer diario.

Como ya afirmamos, el rol que ocupen las compañeras y las relaciones que entretejen como colectivo puede mitigar el peso de las tareas y responsabilidades diarias. En los espacios de salud la colaboración, la interdependencia y la comunicación son claves para la articulación de las tareas de cuidado. En el caso de las trabajadoras de la clínica, es importante el vínculo que mantienen entre sí, ya que este permite que roten en determinadas tareas, y que acudan a acompañar a quien lo necesite al momento de realizar una labor que precise de colaboración o

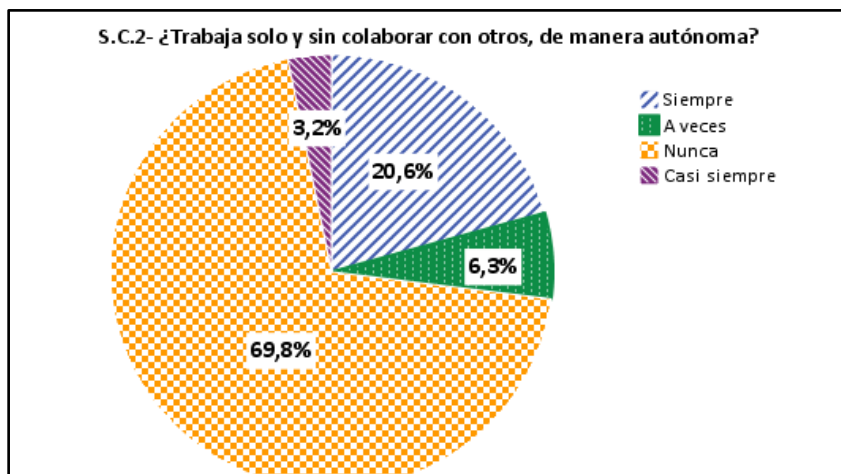
ayuda de otras: por ejemplo, al levantar usuarios que no pueden hacerlo por sí mismos. La ayuda entre compañeras, especialmente entre enfermeras y mucamas, constituye un elemento que permite organizar de mejor manera el trabajo estipulado y actúa también como un elemento de “protección”, de “cuidado mutuo” ante situaciones que revisten cierta complejidad y que pueden dañar la salud.

Esto que estuvo muy presente en los intercambios orales con las trabajadoras aparece también en los resultados de la encuesta. En ella, a pesar de que algunas manifiestan que suelen trabajar solas (“Siempre” o “Casi siempre” 23,8%, 15 casos; “A veces” 6,3 %, 4 casos), la mayor parte afirma que son ayudadas por sus compañeras a la hora de realizar un trabajo delicado y/o complejo (“Siempre” o “Casi siempre” 84,1 %, 53 casos; “A veces” 11,1%, 7 casos) y que sus colegas colaboran a la hora de realizar correctamente sus tareas (“Siempre” o “Casi siempre” 88, 7%, 55 casos; “A veces” 8, 1%, 5 casos).

S.C.2- ¿Trabaja solo y sin colaborar con otros, de manera autónoma?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	20,6
Casi siempre	2	3,2
A veces	4	6,3
Nunca	44	69,8
Total	63	100,0

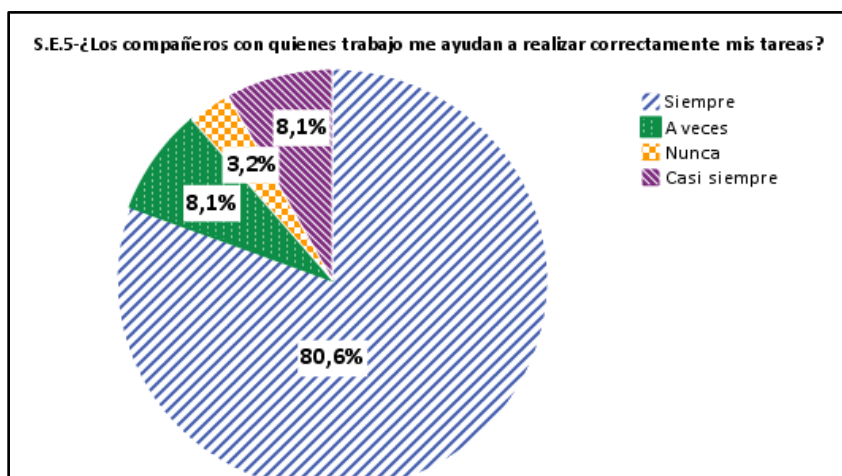
En respuesta a la pregunta "S.C.2- ¿Trabaja solo y sin colaborar con otros, de manera autónoma?" el 20,6% indicó "Siempre", el 3,2% "Casi siempre", el 6,3% "A veces" y el 69,8% "Nunca".



S.E.5-¿Los compañeros con quienes trabajo me ayudan a realizar correctamente mis tareas?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	50	80,6
Casi siempre	5	8,1
A veces	5	8,1
Nunca	2	3,2
Total	62	100,0

En respuesta a la pregunta "S.E.5-¿Los compañeros con quienes trabajo me ayudan a realizar correctamente mis tareas?" el 80,6% indicó "Siempre", el 8,1% "Casi siempre", el 8,1% "A veces" y el 3,2% "Nunca".



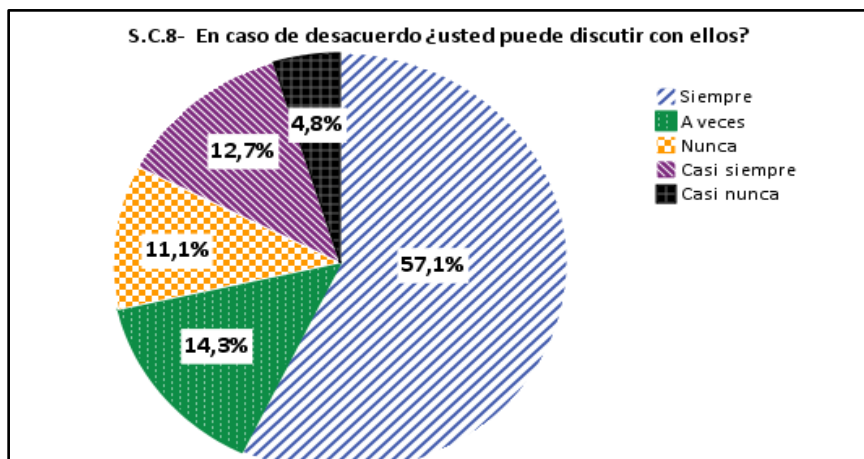
El alto porcentaje que afirma trabajar sola se corresponde a la organización del trabajo en la clínica, la cual se divide por sectores en los cuales se reparte el personal. Este podría ser un elemento negativo si la trabajadora considera que debe resolver de manera aislada situaciones que sería mejor afrontar colaborativamente, o si siente que toda la responsabilidad de lo que suceda allí es suya. No es nuestra intención en este apartado analizar si esto efectivamente sucede o no, pero sí lo es resaltar que gran parte de las trabajadoras afirman que cuentan con el apoyo de sus compañeras cotidianamente y frente a tareas complejas. Esto también se vincula con la forma en la que se organiza el trabajo en la clínica donde, como señalamos anteriormente, enfermeras y mucamas que representan más de la mitad del personal, trabajan de manera conjunta realizando tareas complementarias.

La colaboración por parte de las compañeras o colegas constituye lo que Dejours (1992) llama el *apoyo social*. Al ser ellas quienes conocen efectivamente cómo son esas tareas que deben realizar, es de vital importancia el trabajo colaborativo para transmitir saberes y habilidades, y compartir el peso de las tareas diarias. El apoyo social constituye un aspecto positivo en términos psicosociales y es importante destacar su presencia en la clínica estudiada.

En el trabajo cotidiano es común que haya desacuerdos entre compañeras o colegas sobre la mejor manera de resolver una tarea. Lo relevante al analizar estos inconvenientes no es su presencia o ausencia sino la posibilidad de resolverlos por medio del *diálogo*. Una gran parte de las trabajadoras reconoce situaciones de desacuerdo con sus colegas, con más o menos frecuencia (“Siempre” o “Casi siempre” 15,8%, 10 casos; “A veces” 31,7%, 20 casos). A pesar de esto, la mayoría plantea que puede resolverlas a través de la palabra (“Siempre” o “Casi siempre” 69,8%, 44 casos; “A veces” 14,3%, 9 casos).

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	36	57,1
Casi siempre	8	12,7
A veces	9	14,3
Casi nunca	3	4,8
Nunca	7	11,1
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "S.C.8- En caso de desacuerdo ¿usted puede discutir con ellos?" el 57,1% indicó "Siempre", el 12,7% "Casi siempre", el 14,3% "A veces", el 4,8% "Casi nunca" y el 11,1% "Nunca".

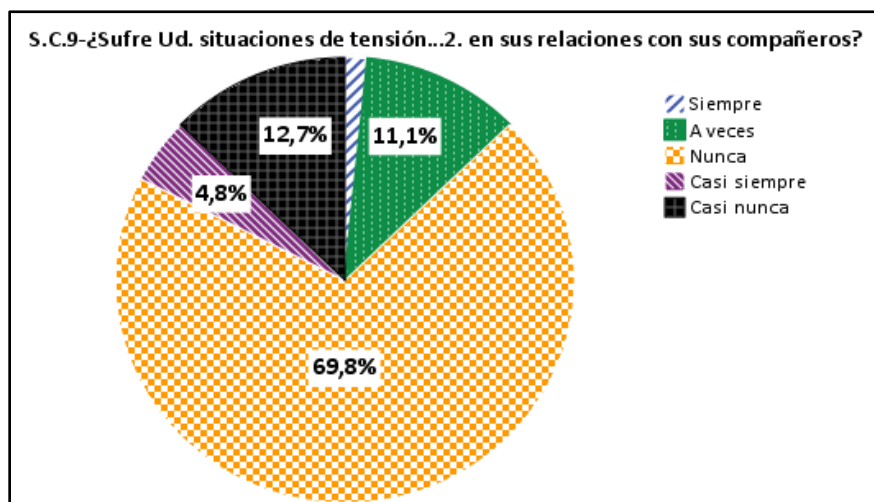


En cuanto a las situaciones de tensión, las trabajadoras plantean que son algo poco común en el vínculo con sus colegas, ya que 82,5% (52 casos) afirman que estas nunca se dan o son poco frecuentes, 11,1% (7 casos) reconocen que esto sucede a veces, y solo 4 personas plantean que siempre viven este tipo de situaciones con sus compañeras. En esta misma línea, encontramos que la mayoría de las trabajadoras afirman que sus colegas son, con mayor o menos frecuencia, personas amistosas (“Siempre” o “Casi siempre” 76,2%, 48 casos; “A veces” 19%, 12 casos).

S.C.9-;Sufre Ud. situaciones de tensión...2. en sus relaciones con sus compañeros?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1,6
Casi siempre	3	4,8
A veces	7	11,1
Casi nunca	8	12,7
Nunca	44	69,8
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "S.C.9-¿Sufre Ud. situaciones de tensión...2. en sus relaciones con sus compañeros?" el 1,6% indicó "Siempre", el 4,8% "Casi siempre", el 11,1% "A veces", el 12,7% "Casi nunca" y el 69,8% "Nunca".



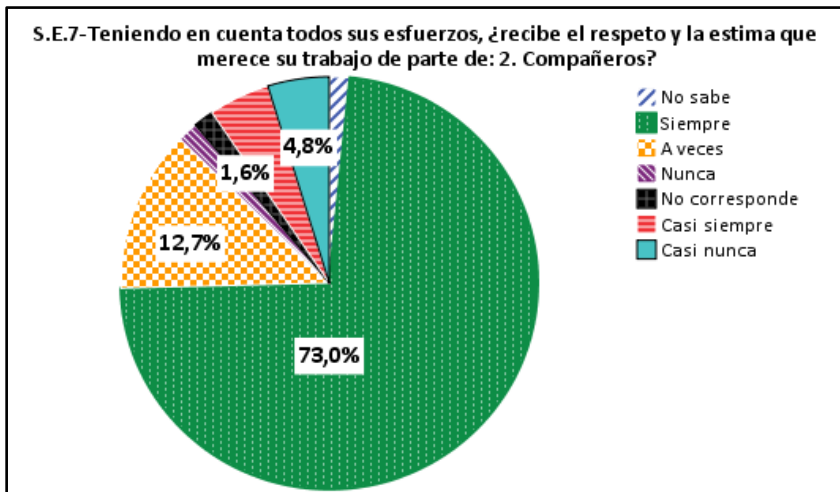
Es probable que este vínculo cordial y amistoso entre compañeras y colegas se deba a que muchas de ellas trabajan hace largos años en la institución. Como mencionamos anteriormente, la media del personal encuestado trabaja hace once años en la clínica e incluso hay personas que lo hacen hace treinta años. El tiempo compartido contribuye a un mayor conocimiento de las personalidades y formas de trabajar de cada una y a la consolidación de las relaciones.

Este buen vínculo entre trabajadoras se puede apreciar también en la percepción de recibir *respeto y estima* por parte de sus colegas. De la totalidad de encuestadas, el 77,8% (49 casos) consideran que siempre o casi siempre reciben el respeto y la estima que merece su trabajo por parte de sus compañeras, 6,4% (8 casos) afirma que esto sucede a veces, y 4 trabajadoras (6,4%) afirman que esto nunca sucede.

S.E.7-Teniendo en cuenta todos sus esfuerzos, ¿recibe el respeto y la estima que merece su trabajo de parte de: 2. Compañeros?

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	1	1,6
No corresponde	1	1,6
Siempre	46	73,0
Casi siempre	3	4,8
A veces	8	12,7
Casi nunca	3	4,8
Nunca	1	1,6
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "S.E.7-Teniendo en cuenta todos sus esfuerzos, ¿recibe el respeto y la estima que merece su trabajo de parte de: 2. Compañeros?" el 1,6% indicó "No sabe", el 1,6% "No corresponde", el 73% "Siempre", el 4,8% "Casi siempre", el 12,7% "A veces", el 4,8% "Casi nunca" y el 4,8% "Casi nunca".



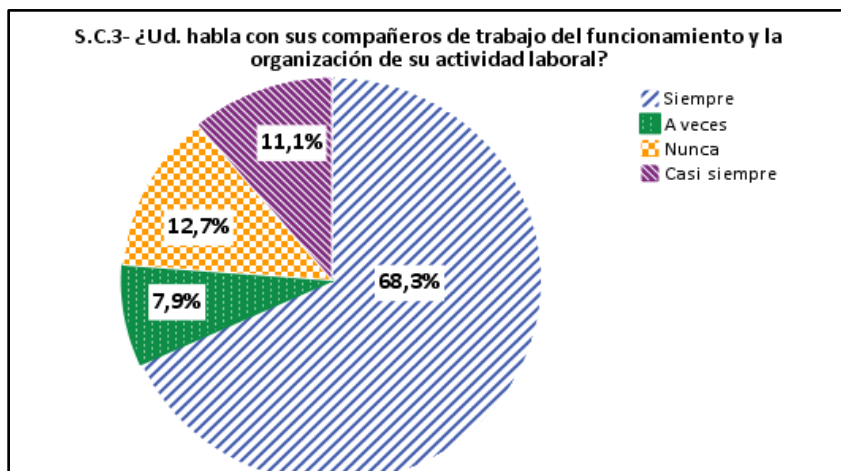
Recibir el respeto y estima que merece el propio trabajo por parte de compañeras o colegas implica un reconocimiento del esfuerzo y los logros de quien trabaja, influyendo en la autoestima y el refuerzo de la propia identidad. Esto es de suma importancia ya que “el juicio que los colegas hacen del trabajo de otro tiene un gran valor porque parte de alguien que está a su mismo nivel y es un ‘juicio de belleza’ porque conocen el oficio” (Neffa, 2016:221).

Como son las colegas quienes conocen el oficio y la cotidianeidad del trabajo y sus problemas, son de gran relevancia las charlas que mantengan entre ellas sobre el funcionamiento de la organización. En el caso de la clínica, son pocas las trabajadoras que manifiestan no hablar de esto con sus compañeras (12,7%, 8 casos), y la mayoría plantea que estas conversaciones suceden con frecuencia (“Siempre” o “Casi siempre” 79,4%, 50 casos; “A veces” 7,9%, 5 casos). Sin embargo, estas charlas no se dan en reuniones programadas para tal fin, sino que son intercambios producidos de manera informal en el día a día de las trabajadoras.

S.C.3- ¿Ud. habla con sus compañeros de trabajo del funcionamiento y la organización de su actividad laboral?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	43	68,3
Casi siempre	7	11,1
A veces	5	7,9
Nunca	8	12,7
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "S.C.3- ¿Ud. habla con sus compañeros de trabajo del funcionamiento y la organización de su actividad laboral?" el 68,3% indicó "Siempre", el 11,1% "Casi siempre", el 7,9% "A veces" y el 12,7% "Nunca".

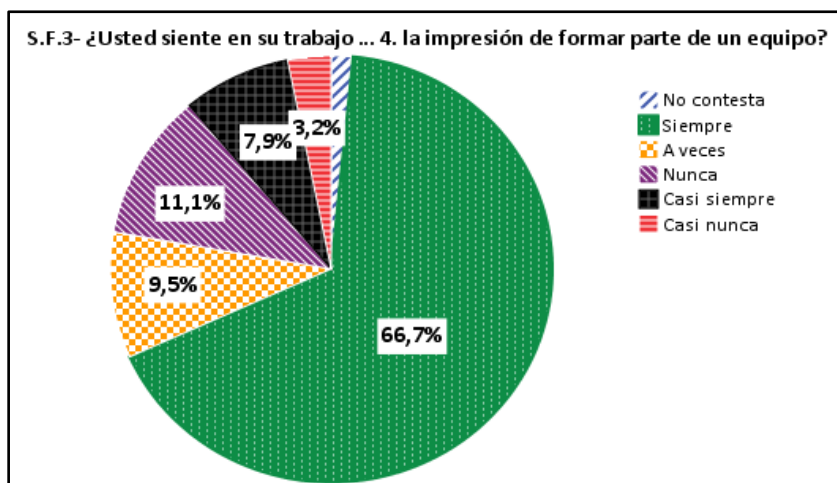


Por último es importante rescatar que una gran parte de las trabajadoras considera que forma parte de un equipo de trabajo (“Siempre” 66,7%, 42 casos; “Casi siempre” 7,9%, 5 casos), lo que refuerza la idea de la presencia de un trabajo colaborativo, donde pueden contar con sus compañeras o colegas para realizar sus tareas, favoreciendo una integración positiva de las trabajadoras al colectivo.

S.F.3- ¿Usted siente en su trabajo ... 4? la impresión de formar parte de un equipo?

	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	1	1,6
Siempre	42	66,7
Casi siempre	5	7,9
A veces	6	9,5
Casi nunca	2	3,2
Nunca	7	11,1
Total	63	100,0

En respuesta a la pregunta "S.F.3- ¿Usted siente en su trabajo ... 4. la impresión de formar parte de un equipo?" el 1,6% indicó "No contesta", el 66,7% "Siempre", el 7,9% "Casi siempre", el 9,5% "A veces", el 3,2% "Casi nunca" y el 11,1% "Nunca".



En el vínculo entre colegas podemos ver, entonces, el apoyo y acompañamiento en las tareas que permite matizar la carga del trabajo, favoreciendo a su vez la trasmisión de conocimientos tácitos vinculados a la función que desempeñan, el sentimiento de reconocimiento que contribuye a que las trabajadoras se sientan parte de un colectivo de trabajo que valora su labor, y la posibilidad de diálogo que habilita la resolución de las diferencias y el intercambio de pareceres en torno a su espacio de trabajo, la organización de las tareas y sus actividades cotidianas. Vimos que esto está presente en la percepción de la mayoría de las trabajadoras, sin embargo también encontramos personas que no se sentían identificadas con lo que afirma la mayoría. Es menester no subvalorar estos resultados ya que en estos casos las relaciones con colegas podrían representar escenarios de sufrimiento.

6.3. Relación con la organización empleadora

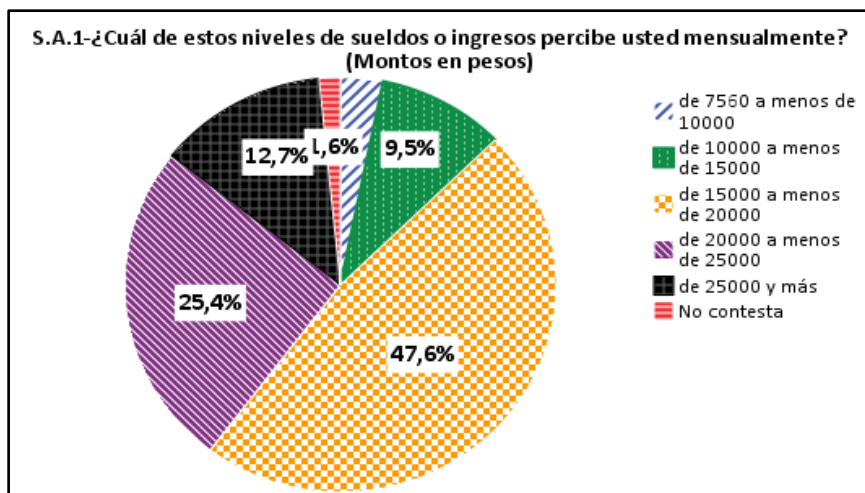
La noción de reconocimiento y el sentimiento de valoración en el trabajo no son únicamente aplicables al análisis de las relaciones interpersonales, sino que también cobran relevancia para el estudio del vínculo entre el colectivo de trabajadoras y la organización empleadora. Uno de los ejes que nos permite indagar en torno a dicha relación es el *salario*. La relación laboral entre quienes trabajan y el empleador se materializa en la percepción de un determinado ingreso. Este puede ser analizado en su aspecto objetivo, es decir el monto que recibe mensualmente la persona a cambio de sus labores. Pero también podemos indagar en su aspecto subjetivo, en la percepción que la persona tiene sobre dicho monto, es decir si siente que ese sueldo retribuye o es acorde a los esfuerzos y tareas realizadas.

Respecto a la dimensión objetiva de la remuneración, el grueso del personal de la clínica de salud mental recibe un sueldo que va de \$15.000 a menos de \$20.000. En segundo lugar de representatividad, encontramos a quienes perciben un ingreso mensual de entre \$20.000 y menos de \$25.000. El número de personas que ganan más de \$25.000 se reduce a 8 y entre quienes manifiestan cobrar mensualmente entre \$10.000 y menos de \$15.000 el número desciende a 6 casos. Estos valores están en consonancia con el salario básico de un enfermero/a y/o mucama/o de piso que a partir de octubre de 2017 representaba \$18.311,33 en el caso de los primeros y \$16.268,75 para los segundos. Según el convenio colectivo 122/75 que afecta al personal de clínicas, sanatorios, geriátricos y psiquiátricos, en 2017 se efectuaron dos aumentos, uno de ellos en julio y otro en octubre, y en enero se dio el primer aumento del año 2018⁴.

⁴ Cabe señalar que el trabajo de campo se realizó entre diciembre 2017 y marzo 2018. A modo de ejemplo, el salario básico de un enfermero/a de piso a partir de octubre de 2017 representaba \$18.311,33.

S.A.1-¿Cuál de estos niveles de sueldos o ingresos percibe usted mensualmente? (Montos en pesos)

	Frecuencia	Porcentaje
de 7560 a menos de 10000	2	3,2
de 10000 a menos de 15000	6	9,5
de 15000 a menos de 20000	30	47,6
de 20000 a menos de 25000	16	25,4
de 25000 y más	8	12,7
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0



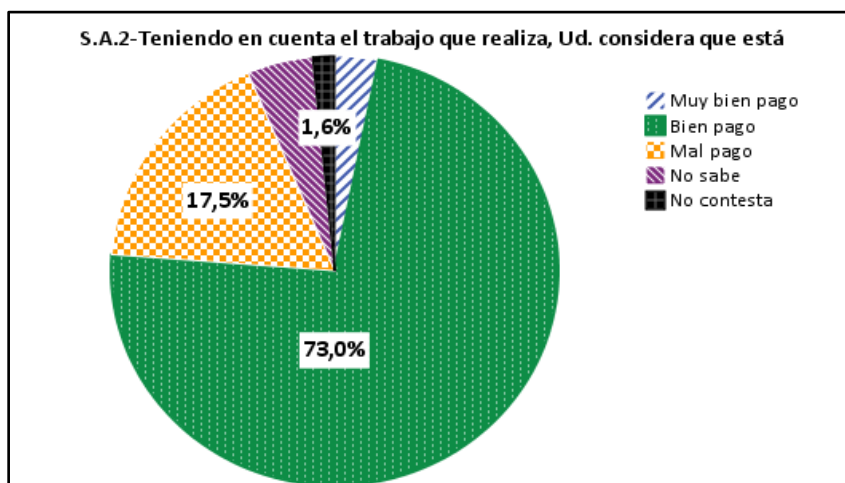
La literatura especializada señala que los ocupados en el sector salud en nuestro país, especialmente en enfermería y otras categorías asociadas a la práctica de cuidado, perciben bajos salarios, sufren de la sobrecarga laboral -tanto en materia de días como de horas- y en muchos casos poseen más de un empleo (Micha, 2015; Aspiazu, 2017). En la clínica, encontramos que varias de las trabajadoras encuestadas poseen otro

empleo (14 personas) o bien realizan horas extraordinarias en la misma institución (12 casos). Ambas situaciones pueden encuadrarse dentro de las estrategias desplegadas como forma de compensación salarial. El pluriempleo y/o la realización de horas extraordinarias se presentan como dos situaciones problemáticas para la salud de las trabajadoras. La prolongación de la jornada laboral profundiza el proceso de desgaste, reduciendo los tiempos para el descanso y, por ende, la recuperación de la persona luego de una jornada extenuante. Si además consideramos que estamos en presencia de un trabajo que reviste una gran carga horaria, donde el esfuerzo físico y psíquico es fundamental para desarrollar las tareas, y que es efectuado mayormente por mujeres que suelen realizar tareas domésticas no remuneradas dentro del hogar, la situación y, por ende, la posibilidad de implicancias sobre la salud, se vuelve aún más problemática.

En segundo lugar, el análisis en términos subjetivos del salario está asociado a la noción de justicia retributiva, es decir a la conclusión a la que arriba quien trabaja cuando realiza un balance entre la retribución monetaria y las labores solicitadas o, como dirían las lecturas que se posicionan desde la epidemiología, entre esfuerzo y recompensa. En el caso de la clínica, observamos que la mayor parte del personal considera estar “Bien pago” (73%, 46 casos) o “Muy bien pago” (3,2%, 2 casos), mientras que por el contrario 17,5% personas (11 casos) manifiestan encontrarse “Mal pago”.

S.A.2-Teniendo en cuenta el trabajo que realiza, Ud. considera que está

	Frecuencia	Porcentaje
Muy bien pago	2	3,2
Bien pago	46	73,0
Mal pago	11	17,5
No sabe	3	4,8
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0

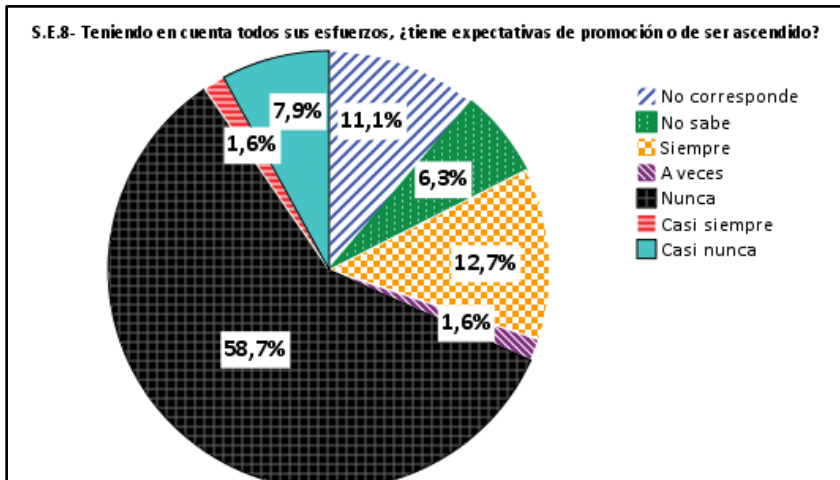


Para analizar las percepciones respecto al salario, no debemos perder de vista que la media del personal encuestado hace once años y algunos meses que trabaja en la institución, esto hace que un número importante de trabajadoras perciba un ingreso mensual por encima del básico, fruto de la antigüedad acumulada. Además, encontramos testimonios que rescatan aspectos positivos del trabajo en la clínica en contraposición con otros empleos en el ámbito privado, o en otras clínicas de salud mental, donde las condiciones laborales son más precarias, ya que por ejemplo se atrasan en los pagos o reciben malos tratos por parte de los empleadores.

Por otro lado, como señalamos anteriormente, muchas de las enfermeras y algunas de las administrativas con varios años en la institución nos explicaban que comenzaron trabajando como mucamas y en el caso de los varones realizando tareas de mantenimiento. Luego de algunos años en esas categorías, y gracias a la posibilidad de articular el empleo con la formación en enfermería, pasaron a desempeñarse en dicha categoría. En otros casos pudieron ascender hasta la categoría administrativa. Sin embargo y pese a estos relatos, la posibilidad de ascenso no parecería ser moneda corriente para la mayoría de las trabajadoras de la clínica. Excepto diez personas que se manifestaron positivamente, el resto percibe que “Nunca o casi nunca” tiene **expectativas de promoción o de ser ascendido**. Además, hay quienes asumen que directamente “No les corresponde” o bien que “No saben” si podrán hacerlo.

S.E.8- Teniendo en cuenta todos sus esfuerzos, ¿tiene expectativas de promoción o de ser ascendido?

	Frecuencia	Porcentaje
No corresponde	7	11,1
No sabe	4	6,3
Siempre	8	12,7
Casi siempre	1	1,6
A veces	1	1,6
Casi nunca	5	7,9
Nunca	37	58,7
Total	63	100,0



La posibilidad de hacer carrera en la organización es otro de los elementos centrales al momento de analizar el reconocimiento en el trabajo, no sólo porque ese evento involucra aspectos simbólicos y profesionales ligados a la valoración de los esfuerzos realizados posibilitando el desarrollo y la formación, sino también porque implica mayores beneficios en términos económicos. En la clínica de salud mental, nos encontramos con personas que hace más de treinta años trabajan allí. Estos números reflejan una cierta estabilidad en el empleo, es decir la posibilidad de trabajar prácticamente toda la vida en la misma institución, lo cual también genera un vínculo particular con la misma y con las personas que la componen. No obstante, la limitación en torno a la posibilidad de ascenso también vislumbra que buena parte de las trabajadoras hace varios años se encuentran en el mismo puesto, ejecutando funciones similares a pesar del paso del tiempo.

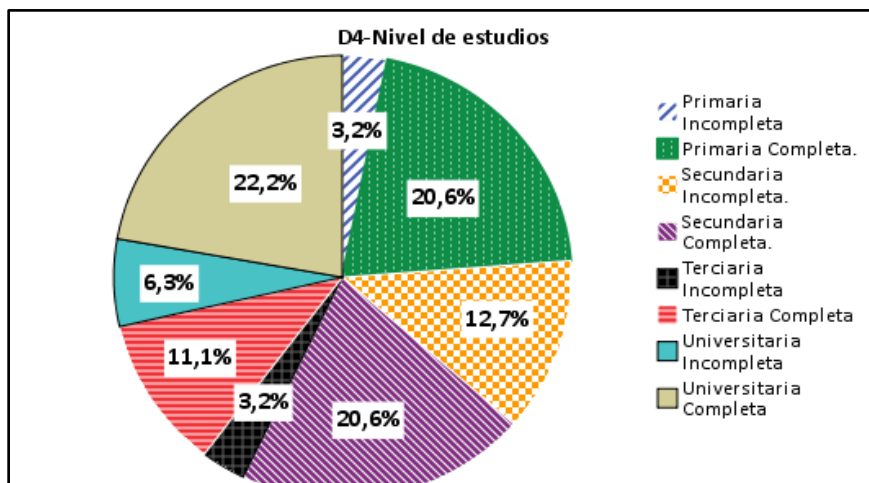
Si bien las preguntas del cuestionario no nos permiten indagar en torno a las razones por las que el personal tiene escasas expectativas de promoción, podemos inferir algunos elementos. En primer lugar, el propio organigrama de la clínica refleja la existencia de pocos puestos de jefatura en consonancia con el tamaño de la institución. Asimismo, algunas trabajadoras también relatan que no desean ascender ya que se encuentran “cómodas” en el puesto que ocupan y no quieren asumir

mayores responsabilidades. Este aspecto se desarrollará con más precisión en el capítulo sobre la inestabilidad en el empleo.

Para finalizar, también será relevante a la hora de analizar el vínculo con la organización empleadora, indagar en torno a la posibilidad de desplegar y *desarrollar saberes y conocimientos profesionales* específicos. Para graficar esta dimensión, comenzaremos describiendo el nivel de estudios alcanzado por el colectivo. En primer lugar de representación están quienes poseen primaria completa o secundaria incompleta. Es interesante esta característica puesto que se encuentra en discrepancia con la situación general de los ocupados en el sector salud quienes, según el Informe DGEyEL de 2015, poseen un alto nivel de educación formal. Seguidamente, encontramos a aquellos que lograron completar sus estudios universitarios. En tercer lugar de representatividad se ubican quienes finalizaron la secundaria y, por último, quienes tienen estudios universitarios o terciarios incompletos.

D4-Nivel de estudios

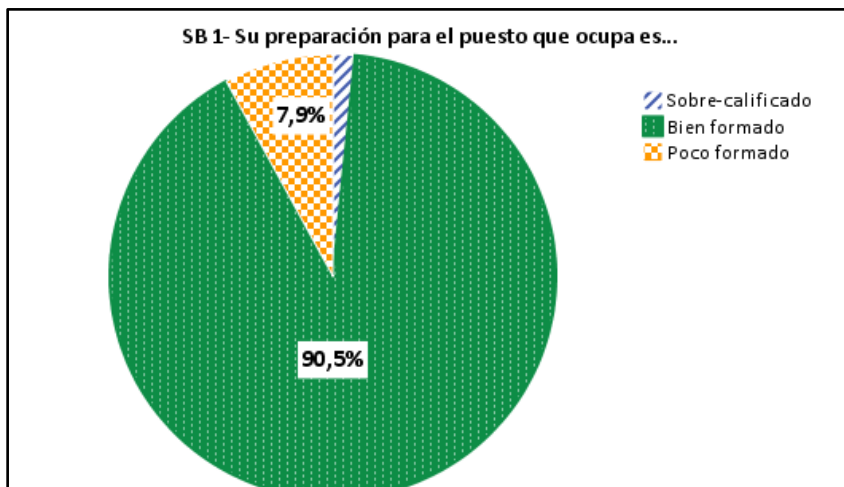
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	2	3,2
Primaria Completa.	13	20,6
Secundaria Incompleta.	8	12,7
Secundaria Completa.	13	20,6
Terciaria Incompleta	2	3,2
Terciaria Completa	7	11,1
Universitaria Incompleta	4	6,3
Universitaria Completa	14	22,2
Total	63	100,0



Más allá de los estudios formales alcanzados y teniendo en cuenta la heterogeneidad de niveles de estudio entre el personal de la clínica, prácticamente la totalidad de las encuestadas se sienten “bien formados” en relación con el puesto que ocupan (90,5%, 57 casos).

SB 1- Su preparación para el puesto que ocupa es...

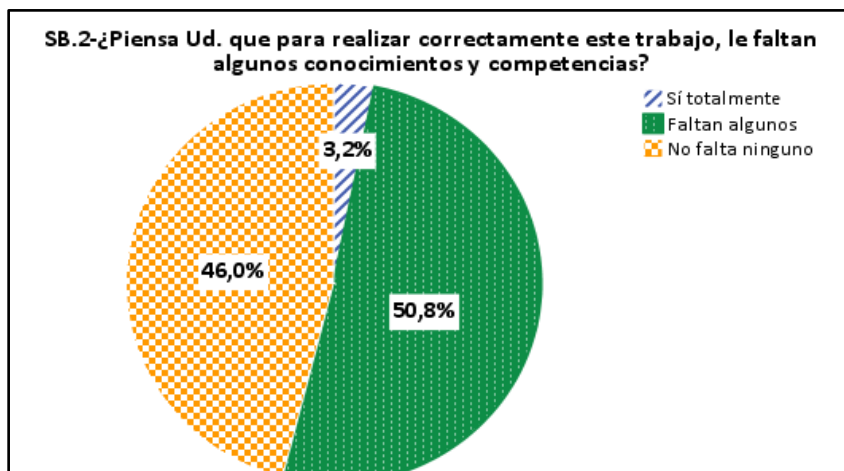
	Frecuencia	Porcentaje
Sobre-calificado	1	1,6
Bien formado	57	90,5
Poco formado	5	7,9
Total	63	100,0



También manifiestan la necesidad de continuar formándose para realizar correctamente su trabajo, ya que sienten que aún les faltan algunos conocimientos. Sin embargo, casi la otra mitad del personal de la clínica afirma que posee todas las competencias requeridas para realizar sus tareas de la mejor forma posible.

SB.2- ¿Piensa Ud. que, para realizar correctamente este trabajo, le faltan algunos conocimientos y competencias?

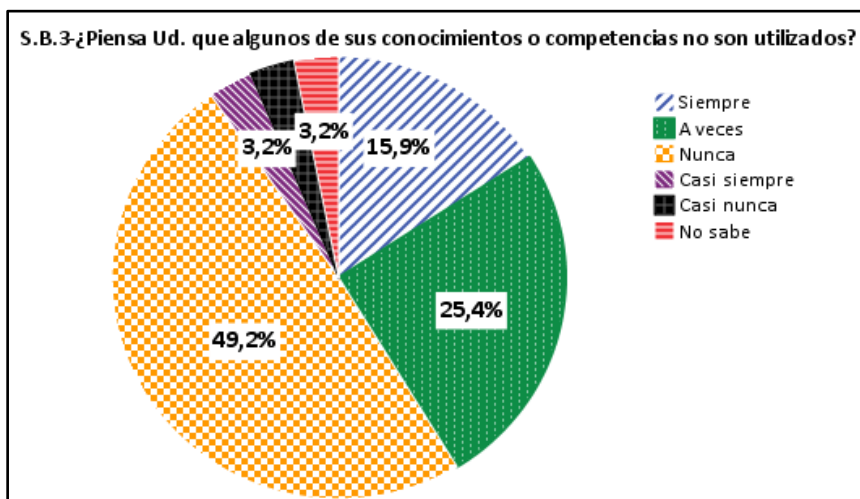
	Frecuencia	Porcentaje
Sí totalmente	2	3,2
Faltan algunos	32	50,8
No falta ninguno	29	46,0
Total	63	100,0



Por último, la integración en la organización en términos profesionales también puede relacionarse con la valoración de los conocimientos y la formación que poseen las trabajadoras de la empresa. En esta línea, los números indican que ante la pregunta “¿Piensa Ud. que algunos de sus conocimientos o competencias no son utilizados?” la mayoría se inclina por el “Nunca o Casi nunca” (52,4 %, 33 casos). No obstante, también hay quienes sienten que “Siempre o casi siempre” sus competencias no son totalmente apreciadas por la organización.

S.B.3-¿Piensa Ud. que algunos de sus conocimientos o competencias no son utilizados?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	15,9
Casi siempre	2	3,2
A veces	16	25,4
Casi nunca	2	3,2
Nunca	31	49,2
No sabe	2	3,2
Total	63	100,0



6.4. Situaciones de violencia en el lugar de trabajo

Uno de los indicadores más relevantes en términos de riesgo psicosocial en el marco de las relaciones interpersonales son las situaciones de violencia y/u hostigamiento. Sufrir estos episodios en el trabajo, ya sea de

forma física, verbal o simbólica, implica indudablemente consecuencias para la salud de quienes trabajan. Estas situaciones pueden producir un sentimiento de inseguridad en el trabajo, una pérdida de la autoestima de la persona e incluso llevar al abandono del puesto.

Fruto de las propias características del trabajo en los servicios de salud, diversos estudios señalan que suelen ser sus ocupados los más afectados por situaciones de violencia laboral, atravesando a todo el colectivo pero afectando aún más a enfermeras y enfermeros (Acevedo y otras, 2010; Farías, 2010). “En las situaciones de trabajo cotidiano de enfermería existe toda una gama de violencias de distinto orden, que involucra a diversos actores: a la institución, a los trabajadores (enfermeros, médicos, etc.), los pacientes, y los familiares” (Wlosko y Ros, 2012: 7).

Así como los RPST se encuentran estrechamente ligados a la forma en la que se organiza el trabajo, lo mismo sucede con la violencia y el hostigamiento laboral. Las condiciones que favorecen la generación de estos episodios están directamente vinculadas a las formas en las que se gestiona y organiza el trabajo en las instituciones de salud, siendo a la vez causa y consecuencia de la degradación de las relaciones sociales (Wlosko y Ros, 2012).

En el caso de la Clínica de Salud Mental, es llamativo que 38 de las 63 trabajadoras encuestadas planteen haber sufrido una o varias situaciones de violencia u hostigamiento en el transcurso del último año. Estas identificaron principalmente críticas injustas a su trabajo (18 casos), episodios de agresión verbal (14 casos), situaciones en las que sabotean su trabajo (13 casos), episodios de agresión física (13 casos) y la sensación de ser cargadas de tareas inútiles (12 casos).

S.F.1- Una o varias personas se comportan en forma constante de la siguiente manera:

	Sí - Persona/s de la misma empresa	Sí - Cliente/s, usuario/s, pacientes/s
1. lo ignoran, como si usted no estuviera allí (lo ningunean)-	8	1
2. le impiden expresarse o hablar. Sí - Persona/s de la misma empresa	7	2
3. lo ridiculizan en público. Sí - Persona/s de la misma empresa	2	
4. critican injustamente su trabajo. Sí - Persona/s de la misma empresa	15	3
5. lo cargan de tareas inútiles. Sí - Persona/s de la misma empresa	11	1
6. sabotean su trabajo, le impiden trabajar correctamente	10	3
7. dejan entender que usted está mentalmente enfermo.	3	
8. lo agredieron verbalmente	4	10
9. lo acosaron sexualmente Sí - Persona/s de la misma empresa		1
10. lo agredieron físicamente	2	11
11. le hacen bromas hirientes o de mal gusto, se burlan de Ud.	5	1

Analizando los resultados de la encuesta encontramos dos grandes líneas de análisis. Por un lado, de las situaciones anteriormente mencionadas, las de tipo simbólico, es decir aquellas que se ejercen de un modo indirecto y no son fácilmente evidenciables, están atribuidas en su mayoría a personas de la propia institución y se vinculan principalmente con la forma en la que se organiza el trabajo al interior de esta. Por otro lado, las agresiones físicas y verbales son adjudicadas mayormente a los usuarios o personas allegadas a los mismos.

Podemos observar que las situaciones de hostigamiento y/o violencia predominantes son de tipo simbólico, principalmente críticas injustas al trabajo, el sabotaje y la carga de tareas inútiles, lo cual hace que dichas situaciones se den de manera solapada, siendo imperceptibles para el resto del colectivo. Esta clase de episodios de violencia no siempre son identificados como tales y, por ende, no son denunciados (Farias, 2010). Sin embargo, de ser repetitivos, los comportamientos de tipo simbólico pueden llegar a tener repercusiones mayores dañando la integridad psíquica de la persona afectada (Acevedo y otras, 2010). Según las encuestadas de la clínica bajo estudio, este tipo de situaciones son llevadas a cabo mayoritariamente por personas de la organización. De las 38 trabajadoras que afirman haber sufrido situaciones de violencia u hostigamiento, 20 vinculan estos episodios al clima o cultura de la misma.

Como planteamos, la forma en la que se organiza el trabajo en las instituciones de salud puede contribuir a la generación de situaciones de violencia y hostigamiento. Wlosko y Ros (2012) afirman que esto ocurre debido a distintos factores: el intento de los trabajadores y trabajadoras de tramitar la brecha entre trabajo prescripto y trabajo real, la construcción de ideologías colectivas de defensa que establecen la violencia como una estrategia defensiva contra el sufrimiento, los modos de estructuración de los lazos al interior del colectivo de trabajo, y el sufrimiento ético al que se enfrentan trabajadores y trabajadoras producto de la distancia entre el “deber ser” de la profesión y lo que efectivamente pueden hacer en su cotidiano laboral.

Durante la realización del estudio y en el intercambio con las personas encuestadas encontramos testimonios que dan cuenta de la presencia de estos elementos en la Clínica estudiada. Por ejemplo, una mucama del turno tarde comentó durante la encuesta que *“una chica fumó y prendió fuego la habitación”* y que no se siente respaldada en sus decisiones por

las autoridades de la Clínica a la hora de abordar este tipo de situaciones. *“Me retan si les saco el fuego, sos la que se queja, mejor mirar al costado. Acá te acusan, no te preguntan.”*, afirma. En este caso podemos ver como en la forma de tramitar la distancia entre trabajo prescripto y trabajo real, esta trabajadora se siente poco respaldada por la organización, exponiéndose a situaciones riesgosas, y considerando que de actuar de la manera que ella considera correcta recibiría críticas injustas a su trabajo.

Por otro lado, una mucama expresó que un trabajador que mantiene un vínculo cercano con el propietario ejerce, a su criterio, un control excesivo sobre las trabajadoras. Aquí se hace expresamente visible cómo la forma en la que se organiza el trabajo, asignando ciertas funciones a dicho trabajador, pueden ser generadoras de situaciones de hostigamiento y tensión entre compañeros/as. A esto se suma, como planteamos al analizar los vínculos con los superiores jerárquicos, que el tamaño relativamente pequeño de la institución habilita relaciones más cercanas pero también actúa como mecanismo para ejercer un sistema de control más personalizado, que puede ser experimentado por las trabajadoras como una vigilancia innecesaria sobre sus labores.

Es llamativo el peso que tienen estos episodios atribuidos a personas que integran la organización porque en apartados anteriores, al analizar las relaciones entre pares y con los superiores, no aparecían indicadores que nos permitieran sospechar estos niveles de hostigamiento al interior de la institución. Esto puede deberse, por un lado, a que las manifestaciones de violencia en el lugar de trabajo implican una amplia variedad de comportamientos y muchas veces la línea que separa lo aceptable de lo que no lo es, es difusa, haciendo de la percepción de la violencia algo diverso e individual (Acevedo y otras, 2010). Por otro lado, Wlosko y Ros (2012) plantean la existencia cada vez más extendida de fenómenos de tolerancia y banalización del maltrato por parte de los propios trabajadores, lo cual se suma al hecho de que muchas veces el hostigamiento y la violencia simbólica son comportamientos poco visibles. Más allá de estas posibles interpretaciones, el interrogante sigue abierto.

Así como los episodios de hostigamiento o violencia simbólica son mayormente vinculados a personas propias de la organización, las situaciones de agresión física y verbal son atribuidas principalmente a los usuarios o personas allegadas a estos. Vemos que 11 trabajadoras afirman

haber sido agredidas físicamente y 10 verbalmente por personas internadas en la clínica, usuarios y/o familiares de las mismas. Esto se relaciona fuertemente con el tipo de tareas que realizan las trabajadoras en la institución, las cuales implican contacto con personas en situación de angustia y en estado de crisis, y con sus allegados muchas veces preocupados y hasta sobrepasados por la internación de su ser querido.

A pesar de que la encuesta los releve de manera unificada, creemos que es necesario hacer algunas distinciones entre los usuarios y sus familiares o allegados. En la clínica bajo estudio reciben personas con padecimientos diversos, algunos de los cuales pueden en momentos de crisis lastimar o dañar a otros, representando un riesgo para sí mismos y/o para el resto. Las profesiones de salud demandan mucho de cada trabajadora o trabajador ya que se está en contacto con sujetos en situaciones usualmente críticas. Durante la investigación, distintas encuestadas afirmaron: *“Los pacientes con adicciones se sacan, hay que contenerlos; no sabes cómo va a reaccionar el paciente”, “los pacientes con problemas de consumo dan miedo; una vez le dije a uno que se vaya a dormir y me quiso tirar con la silla, salí corriendo”, “durante los primeros días tuve miedo porque había un paciente varón muy agresivo, era la nueva, recién entraba al mundo, tuve que esconderme”, “he visto compañeros irse con crisis de llanto, te tiene que gustar para poderlo sobrellevar, no es para cualquiera”, “cuando los pacientes entran en crisis te pueden golpear, se los contiene, se los ata por su seguridad y la nuestra”.*

Estas expresiones de las trabajadoras dan cuenta de cómo el tipo de tarea que realizan aumenta la posibilidad de convivir con situaciones que les exijan tener que contener a las personas internadas, acompañar en momentos de crisis que pueden implicar golpes, forcejeos o agresiones verbales. Con frecuencia, estos eventos no responden a una decisión deliberada de la persona de infringir un daño a las trabajadoras, es decir, no pueden considerarse violencia en sentido estricto. Sin embargo, esto no quita que, como vemos en los testimonios, causen miedo, angustia o perjuicio a las enfermeras y mucamas que intervienen en dichos momentos.

Al igual que lo que sucede con los episodios de violencia simbólica, también vimos cómo la forma en la que se organiza el trabajo puede facilitar la existencia de estos hechos ya que las trabajadoras argumentan: *“Son muchos pacientes para una sola persona”, “nadie dice cómo hacer*

las cosas, ya lo dan por supuesto que sabes, y no es así, te deben orientar". Como planteamos anteriormente, la clínica se caracteriza por una gran intensidad laboral en materia de días (6 semanales) y horas (más de 44 horas semanales), y en relación a un tipo de tarea que implica gran esfuerzo físico y psíquico. Las tareas materiales que realizan están en estrecha vinculación con sus esfuerzos psicológicos y no pueden ser analizadas separadamente, puesto que son una dimensión específica y constitutiva de las labores de cuidado. Sumado a estas características, en algunos sectores, las trabajadoras argumentan que son pocas en relación a la cantidad de personas bajo su cuidado, es decir a la "cantidad de camas" asignadas, o que les falta información para realizar correctamente sus tareas⁵.

Por otro lado, las agresiones físicas y verbales también fueron atribuidas a los familiares o allegados de los usuarios. Durante el trabajo de campo, una de las encuestadas sostuvo que vivía situaciones de agresión

⁵ Según el Convenio Colectivo de Trabajo 122/75:

El personal destinado a la atención directa de enfermos mentales y nerviosos: es el que se desempeña en los establecimientos neuropsiquiátricos o en las secciones neuropsiquiátricas de cualquier establecimiento, y cuya tarea consiste en el cuidado de los pacientes (su higiene, vestirlos, reducirlos si se descomponen, suministrarle alimentos, medicamentos, curaciones, etc.).

El personal destinado en las secciones de terapia intensiva (según se define en el inc. 4 del art. 9, segundo párrafo) y/o clinoterapia, y/o vigilancia y/o aislamiento, se le asignará hasta doce camas en horarios diurnos y catorce camas en horarios nocturnos.

Cuando por razones circunstanciales este personal atendiere más de doce camas en horario diurno, o más de catorce camas en horario nocturno, recibirá, por cada paciente más que deba atender, un incremento equivalente al diez por ciento (10%) del salario que hubiere percibido trabajando en forma normal.

En el resto de las secciones al personal a que refiere este inciso se le asignará hasta veinticuatro camas en horario diurno y hasta treinta y cinco en horario nocturno y recibirá, por cada paciente más que deba atender, un incremento equivalente al cinco por ciento (5%) del salario que hubiera percibido trabajando en forma normal. Este personal se rige en cuanto a su horario por el régimen establecido en esta Convención.

permanente por parte de los familiares de las personas internadas, y que prefería tratar con ellas a tratar con los familiares. También remarcaba que por teléfono recibe más maltrato que cara a cara, “te avasallan, te agreden permanentemente”, afirmaba. Tener que tratar con personas angustiadas, preocupadas e incluso coléricas, debido a la salud de un ser querido es parte de la cotidianidad de estas trabajadoras.

En líneas generales, en los testimonios e intercambios con las trabajadoras hallamos una tendencia a minimizar o matizar estas situaciones, enmarcándolas o comprendiéndolas en la especificidad de cada usuario o persona internada y de sus familiares o allegados. Esto puede vincularse a que es parte de las tareas de enfermería e intervenir ante posibles crisis, que pueden devenir en agresiones por parte de personas internadas. En el trabajo de cuidado “cuidar del otro, no es pensar en el otro, preocuparse por él de manera intelectual o hasta afectiva, no es necesariamente amarlo, por lo menos en primera instancia, es hacer algo, es producir un trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro” (Molinier, 2006). Retomando las características anteriormente señaladas, se trata de un trabajo que tiene como particularidad de responder a las necesidades propias de las relaciones de dependencia. Es un trabajo directamente ligado a la dependencia y al reconocimiento de la vulnerabilidad de todos y de cada uno” (Borgeaud - Garciandía 2009: 149).

En función de lo expresado en relación a los usuarios y sus familias, y teniendo en cuenta que la encuesta no permite discriminar qué agresiones fueron llevadas adelante por cada uno de ellos, no podemos determinar que todas las situaciones de agresión física y verbal representen hechos de violencia, es decir, que hayan sido realizadas buscando generar deliberadamente un daño. No obstante, es preciso destacar que estas, más allá que las encuestadas tienen herramientas que les permiten comprenderlas, generan miedo y temor en las trabajadoras, y exigen el despliegue de ciertas prácticas vinculadas al trabajo de cuidado, realizando muchas veces un sobreesfuerzo físico o emocional para contener o resolver la situación.

Por último, muchas de las trabajadoras vinculan las situaciones de violencia mayormente a comportamientos individuales (28 casos) o encuentran entre las causas su profesión (11 casos), o situaciones de discriminación atribuidas a su orientación sexual o género (8 casos), su

origen o color de piel (8 casos) y su edad (3 casos). Esto da cuenta de cómo ante situaciones de violencia laboral suelen buscarse las causas en el comportamiento individual, psicologizando el conflicto, lo cual hace que no se registren las falencias en la organización del trabajo o en los sistemas de control ideados por los propietarios de la institución estudiada. “Se produce así, una suerte de “naturalización” de las condiciones de trabajo, que permite invisibilizar las responsabilidades de la organización y de los empleadores respecto de las dificultades que plantea el trabajo” (Wlosko y Ros, 2012: 14).

Reflexiones finales

A lo largo del capítulo nos propusimos analizar las relaciones sociales en el trabajo como factor de riesgo psicosocial en la clínica bajo estudio. Con ese fin prestamos atención a los vínculos con los superiores, entre pares, con la organización empleadora y a las situaciones de violencia y hostigamiento que viven las trabajadoras.

En el vínculo con los superiores encontramos ciertas tensiones, algunas trabajadoras manifiestan contar con el apoyo técnico que precisan frente a situaciones delicadas o complejas, mientras que otras afirman que esto no es así. A su vez, gran parte de las encuestadas plantea que son pocas las ocasiones de desacuerdo con sus superiores, pero que de existir pueden resolverlas por medio del diálogo. Estas tensiones pueden asociarse a distintos elementos presentes en la clínica bajo estudio. En primer lugar, la superposición de jefaturas y, por ende, las distintas personas que en la clínica de salud mental pueden ejercer un rol jerárquico: las enfermeras en el caso de las mucamas, las médicas de guardia, la jefa de personal, los propietarios de la clínica que suelen concurrir a la institución, etc. Asimismo, si bien las enfermeras suelen ser referenciadas como “superiores” por las trabajadoras de limpieza ambas categorías comparten buena parte de sus actividades, efectuando sus labores de manera conjunta. Esta cercanía se relaciona con el reciente proceso de conversión de la enfermería de un oficio empírico a una profesión, transformación experimentada por las trabajadoras con más años de antigüedad en la clínica quienes comenzaron siendo mucamas hasta lograr su formación en enfermería.

Por otro lado, para comprender las relaciones con superiores y el apoyo que éstos brindan no debemos perder de vista las características que asume el trabajo de cuidado, en el cual se condensan tareas sumamente estandarizadas y fijadas con anterioridad por la organización, donde el apoyo de superiores se limita a la entrega de materiales y el control sobre los horarios y tiempos estipulados. Por otro lado, las labores de cuidado también implican el reconocimiento de las particularidades y necesidades de cada uno de los usuarios y la intervención ante situaciones de urgencia y/o crisis experimentadas por las personas con padecimientos mentales. Ante estos episodios las trabajadoras encuentran el principal sostén en sus compañeras y, en algunos casos, perciben escaso respaldo por parte de los propietarios de la institución. Por último, el tamaño relativamente pequeño de la clínica de salud mental hace que los vínculos entre las trabajadoras y las jefaturas sean más cercanos. Sin embargo no debemos perder de vista que estamos analizando un establecimiento privado donde dichos vínculos también pueden actuar como mecanismos de control más personalizados.

En cuanto a las relaciones entre pares, las trabajadoras afirman contar el apoyo social en la realización de sus tareas diarias sean estas complejas o no. También destacamos la alta posibilidad de hablar para resolver desacuerdos entre colegas y las pocas situaciones de tensión en la cotidianidad. Vimos que las encuestadas consideran que sus compañeras son personas amistosas y se sienten parte de un equipo de trabajo. Por último, una gran parte afirmó sentir que recibe el respeto y la estima que merece su trabajo por parte de sus pares. Estos indicadores dan cuenta de un vínculo colaborativo que hace más llevaderos los quehaceres diarios, y de relaciones que pueden significar aspectos positivos en la vida laboral de las trabajadoras.

Al analizar la relación con la organización empleadora pudimos ver que los salarios de las trabajadoras están en consonancia con lo establecido por el convenio colectivo de trabajo. Como señalamos, una de las características históricas de las ocupaciones en salud, especialmente entre las trabajadoras de enfermería, son sus bajos salarios en relación al gran esfuerzo que realizan. A pesar de esto, la mayor parte del personal considera que está bien pago. Por otro lado, vimos que las trabajadoras cuentan con pocas expectativas de promoción o de ser ascendidas principalmente debido a la forma en la que se estructura la organización. El empleo cuenta con una gran estabilidad pero las bajas posibilidades de

ascenso se ven reflejadas en el hecho de que muchas trabajadoras hacen varios años que están en el mismo puesto. En cuanto a la utilización de los saberes y competencias de las trabajadoras, estas consideran que son utilizados cotidianamente pero, a pesar de considerarse bien formadas plantean que en muchos casos faltan conocimientos para resolver algunas tareas.

Por último, observamos una marcada presencia de situaciones de violencia laboral en la institución, favorecidas principalmente por la forma en la que se organiza el trabajo y las características del mismo en la clínica bajo estudio. Encontramos que diversos hechos de violencia simbólica u hostigamiento eran atribuidos principalmente a personas que integran la organización, lo cual deja abierto el interrogante sobre la coexistencia de estas situaciones con relaciones cordiales entre pares y con superiores. Por otro lado, las encuestadas relacionaron los sucesos de agresión física o verbal mayormente a los usuarios o familiares y allegados de los mismos. Argumentamos que la práctica de cuidado se encuentra directamente ligada a la dependencia y al reconocimiento de la vulnerabilidad de los otros, ese reconocimiento de las situaciones por las que están atravesando las personas internadas y sus familiares permiten matizar el peso de los episodios de agresión que vivencian las personas internadas en la clínica y las reacciones de sus familiares. No obstante, esto no invalida que dichos episodios generen sentimientos de temor y/o incertidumbre en las trabajadoras que se encuentran en contacto con ellos ya que muchas no cuentan con los recursos y/o la capacitación pertinente para afrontarlos.

Pudimos ver entonces a lo largo del capítulo como el factor de las relaciones sociales es un entramado complejo de elementos diversos, los cuales en algunos casos representan aspectos positivos para la vida laboral de las trabajadoras de la clínica y en otros casos pueden constituir situaciones problemáticas.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, G. y otras (2010). "La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina". *Laboreal* 6, (1), 10-16.
<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711238:7624943921>

- 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.
- Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social* N° 35, pp. 99-120, 2012 © FFyL - UBA.
- Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Aproximaciones a las teorías del care. Debates pasados. Propuestas recientes en torno al *care* como trabajo. *RELET - Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 14(22), 137-156.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Chronique du salariat*,+. Paris:Fayard.
- Dejours. C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- 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.
- Farias, M. A. (2010). “Violencia ocupacional hacia los trabajadores de salud de la ciudad de Córdoba”. Tesis para optar por el título de Magíster en Salud Pública. Escuela de salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Nacional de Córdoba.
- Gollac M. (Dir.) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail por les maîtriser. Rapport du Collège d’expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l’emploi et de la santé. Paris.
- Marx, K. (2008). “Proceso de trabajo y proceso de valorización.” En *El Capital*, Tomo I, Vol., Capítulo V. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- 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.
- Moliner, P. (2012). “El trabajo de cuidado y la subalternidad”, livret de 40 pages.
- Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Buenos Aires / CEIL/CONICET/FCE-UNLP/CITRA.

- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. PUF, Paris.
- Paugam, (2012). Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales. Papeles del CEIC # 82, septiembre.
- Wlosko M., y Ros, C. (2016). “Violencia Laboral en el sector salud: Abordajes conceptuales y resultados de investigación en personal de enfermería”. En *Personas Cuidando Personas: Ser Humano y Trabajo en salud*, Edition: Chile.

7. Conflictos éticos y de valores en el trabajo

Julieta Cassini y Paula Ruiz

Dentro del espectro de los Riesgos Psicosociales en el Trabajo, se puede localizar la categoría “conflictos éticos, morales y de valores”. La misma contempla las situaciones negativas que las trabajadoras de la clínica perciben y vivencian en sus procesos de trabajo y afectan sus creencias, valores, normas y convicciones. Estas coyunturas pueden conllevar sufrimiento, malestar y producir daños sobre la salud en sus aspectos bio-psico-social (Neffa, 2016).

Para abordar esta categoría, se proponen diferentes dimensiones:

1. poseer tiempo y medios para hacer un trabajo de calidad;
2. poder cumplir con principios y creencias propias en lo que concierne a aspectos técnicos, éticos y morales;
3. la percepción del valor y el sentido del trabajo;
4. ser testigo o víctima de situaciones de violencia en el trabajo, hostigamiento y/o discriminación.

La división en categorías, dimensiones y subdivisiones al interior de las mismas, resulta una estrategia analítica que permite describir y evaluar la situación de trabajo. No obstante, estas particularidades conviven simultáneamente y pueden alcanzar de manera compleja las situaciones de trabajo y las personas que las llevan adelante.

7.1. Poseer tiempo y medios para hacer un trabajo de calidad

Una primera dimensión a analizar es si las trabajadoras poseen o no tiempo y medios para realizar un trabajo de calidad. Estos aspectos pueden configurarse como riesgos y dar lugar a la denominada calidad

impedida. La misma alude a las contradicciones percibidas por las trabajadoras entre la calidad óptima esperada y la experimentada realmente en torno a un producto o servicio. La calidad impedida puede suceder, por un lado, debido a un marcado desequilibrio entre las demandas e intensidad del trabajo requerido y/o el tiempo disponible para llevar adelante acciones; y por otro lado, debido a la falta de la disponibilidad y/o acceso a los medios adecuados para realizar las tareas (Neffa, 2016).

La calidad impedida puede relacionarse con el eje de intensidad y tiempos de trabajo presentado anteriormente en esta obra. No obstante, también puede pensarse en continuidad con los conflictos éticos, morales y de valores. Al no disponer de tiempos y/o medios para realizar un trabajo de la manera esperada o encontrar dificultades en su producción, la calidad del producto o servicio puede verse disminuida y advenir situaciones de conflictos.

En la organización estudiada, los procesos de trabajo tienden hacia la prestación de un servicio. Este se basa en la asistencia, atención y cuidados de personas que están atravesando algún tipo de padecimiento mental (Ley N° 26.657, 2013). En relación a esto, se presentan casos donde es aprehensible el padecimiento mental de los/as usuarios/as, y en otras situaciones se tratan de sujetos que están atravesando procesos evolutivos esperables para su grupo etario (ej. envejecimiento en adultos mayores).

Las actividades que las trabajadoras realizan se caracterizan por la inmediatez que se da entre lo producido y consumido por los/as usuarios/as. Como ser, en gran medida el personal tiene contacto con los/as usuarios/as (93,5%). A su vez, determinan que sus ritmos de trabajo (71,4% siempre, casi siempre y a veces) están en relación con demandas de otras personas. En esta cercanía dada entre lo producido y el resultado, debería verse una sincronía para que los objetivos de las tareas puedan ser cumplidos.

A nivel global, se ha propuesto como un paradigma de producción para las organizaciones el denominado *giro gestionario*. El mismo tiene como premisa el trabajo por resultados y *performances*, dejando de lado aspectos que hacen a la configuración del proceso mismo de producción (Dejours, 2015). La posibilidad de analizar la calidad impedida va más allá de esta lógica gestionaria. Permite en primer lugar, ahondar sobre las

percepciones de los sujetos, destacar que hay personas que brindan ese servicio y viven de cierta manera la realización de su trabajo. En segundo lugar, contribuye a conocer aspectos intermedios (relacionados con el tiempo y los medios) que también hacen al servicio que se ofrece a los/as usuarios.

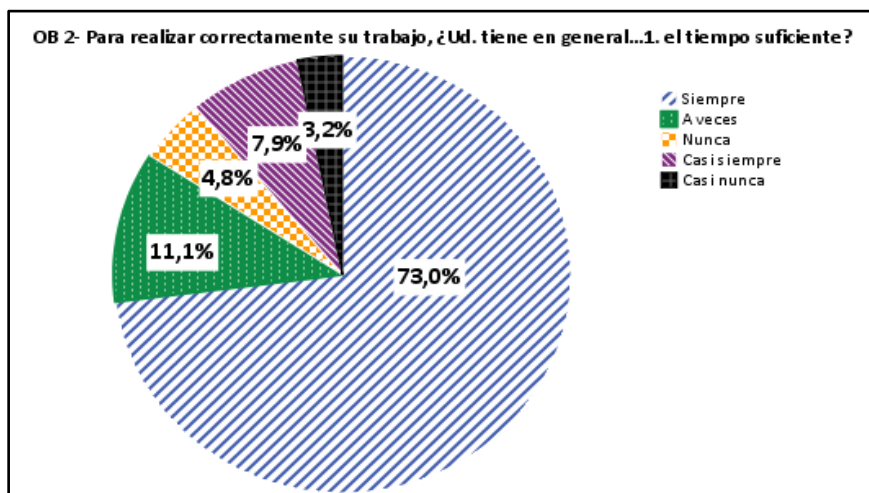
Cuando se presenta la calidad impedida, suele conjugarse el malestar y se manifiesta sobre las/os empleadas/os primeramente como tensión y dificultades para la realización del servicio. De cronificarse, la calidad impedida puede configurarse como un riesgo en tanto puede aparecer el sufrimiento ético. Se entiende por sufrimiento ético al sentimiento de ser traicionada/o en ideales, valores, principios acerca de cómo debería realizarse el trabajo. La posibilidad de detenerse sobre estos aspectos aporta una mirada preventiva que apuesta a anticiparse o mitigar el posible daño y psicopatologías del trabajo asociadas (Dejours, 2015; Dejours y Gernet, 2014). Se hace la salvedad que en muchas oportunidades la sintomatología se observa en sujetos, grupos y/o colectivos de trabajo. Más allá de esto, las causas del malestar deben ser pensadas en un nivel de análisis superior que involucre a la organización y contenido del trabajo en cada entidad, en un contexto social, histórico, político, económico y cultural determinado (Neffa, 2016).

A continuación, se presentarán los resultados relevados para esta dimensión y luego se procederá a su análisis.

En gran medida el personal siente que dispone del tiempo suficiente para realizar sus tareas. Un total de 80,9% dice que siempre o casi siempre es así (51 casos). Solamente un 11,1% dice que esto ocurre a veces (7 casos) y solamente un 8% afirma que esto nunca o casi nunca se da (5 casos).

Para realizar correctamente su trabajo, ¿Usted tiene en general el tiempo suficiente?

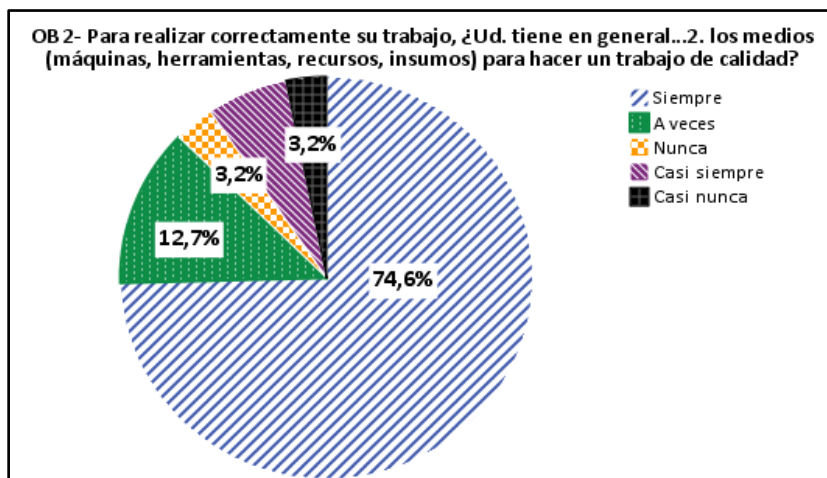
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	46	73,0
Casi siempre	5	7,9
A veces	7	11,1
Casi nunca	2	3,2
Nunca	3	4,8
Total	63	100,0



También las trabajadoras encuestadas consideran que disponen en gran medida de los medios para realizar un trabajo de calidad. Un 80,9% considera que siempre o casi siempre (51 casos) cuenta con ellos. Un 12,7% (8 casos) indica que esto sucede a veces y un 6,4% (4 casos) afirma que nunca o casi nunca.

Para realizar correctamente su trabajo, ¿Usted tiene en general los medios (máquinas, herramientas, recursos, insumos) para hacer un trabajo de calidad?

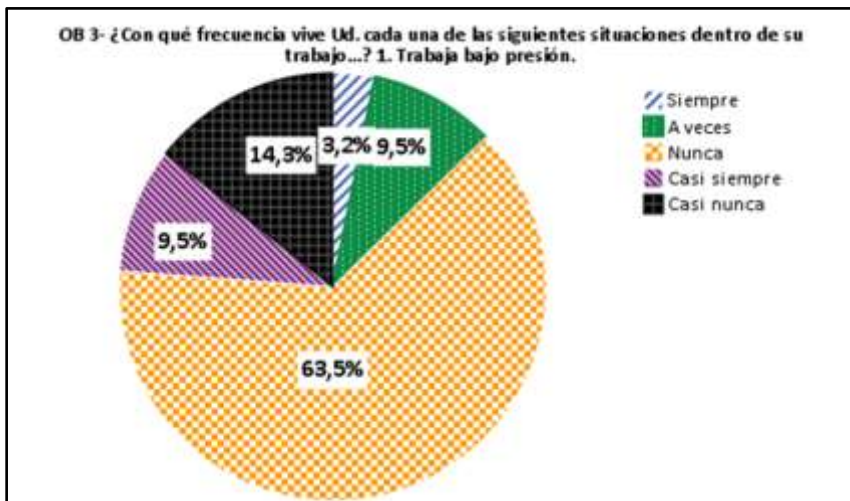
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	47	74,6
Casi siempre	4	6,3
A veces	8	12,7
Casi nunca	2	3,2
Nunca	2	3,2
Total	63	100,0



El 77,8% expresa que no percibe trabajar bajo presión (49 casos). En contraste, el 22,2% dice que sí, ya sea A veces (9,5% - 6 casos), Casi siempre (9,5% - 6 casos) o Siempre (3,2% - 2 casos).

¿Con qué frecuencia vive usted cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo: trabaja bajo presión?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	3,2
Casi siempre	6	9,5
A veces	6	9,5
Casi nunca	9	14,3
Nunca	40	63,5
Total	63	100,0



Los resultados llevan a ver que más de la mitad (52,4% - 33 casos) afirma que requeriría de más tiempo y cuidado para hacer sus tareas ya sea siempre, casi siempre o a veces. En contraposición el 47,6% (30 casos) asevera que esto no es necesario nunca o casi nunca

¿Con qué frecuencia vive usted cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo: tiene que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	15,9
Casi siempre	4	6,3
A veces	19	30,2
Casi nunca	6	9,5
Nunca	24	38,1
Total	63	100,0

Ante estos resultados, se puede pensar en primera instancia que las trabajadoras disponen del tiempo y los medios para realizar un trabajo de calidad (más del 80% responde de manera afirmativa respectivamente). Esto es interesante resaltar ya que dentro del campo de la salud en nuestro país y la región, hay estudios que indican la falta de medios (insumos, tecnología, aparatología, etc.) para llevar adelante las tareas requeridas (Belmartino, 2005; Cetrángolo, 2014; Ugaldea y Homedes, 2000, 2005). También, se suele aseverar que existen grandes inequidades dentro del sistema de salud argentino (en torno a los subsectores público y privado) en lo que respecta a financiamiento y atención (Cetrángolo, 2014). Para pensar en este caso, habría que discurrir en qué medida la organización, al pertenecer al subsector privado, determina esto.

Siguiendo con el análisis, se puede ver más de la mitad (52,4%) considera que requeriría de más tiempo y cuidado para realizar correctamente sus tareas. Es curioso este dato si se compara con que anteriormente el 80% contestó que sí disponía de tiempo para realizar un trabajo de calidad.

Ante esto surgen posibles preguntas: *¿en qué puestos se ubican quiénes determinan que requerirían de más tiempo y cuidado para hacer sus tareas? ¿Podría existir cierta naturalización de la disposición de los tiempos y cuidados? ¿A qué podría responder?* En el sector de salud es

frecuente la protocolización de las actividades: *¿podrían existir aspectos que aparecen en lo real que lleven a cuestionar este supuesto orden?* El 22,2% de las encuestadas determinan que trabajan bajo presión, esta podría ser una pista que oriente el análisis hacia fuentes de cristalización de lo que “no funciona”.

7.2. Trabajar en contraposición a creencias y principios técnicos, éticos y morales

Idealmente la acción de trabajar supone cierta sintonía entre la tarea que se realiza y la cosmovisión de quien la lleva adelante. Esto implica que el sistema de significados sobre lo que “está bien” en el trabajo y cómo se llega a un trabajo “bien hecho y de calidad”, esté conforme a la unidad de medida de quien lo hace.

Esta dimensión de análisis se asocia a las dificultades para perseguir y ejecutar en el trabajo principios y creencias, tanto personales como colectivas, que estén en coincidencia con quien desarrolla el trabajo.

En los conflictos éticos, morales y de valores hay dos aspectos bien distinguibles que pueden entrar en tensión: uno técnico y otro ético-moral. El aspecto técnico refiere a aquellas circunstancias donde quienes trabajan deben realizar sus tareas aunque no estén de acuerdo con la utilidad, la manera y/o los objetivos que éstas conlleven, o con las soluciones propuestas por la organización. Mientras que el aspecto ético y moral se enlaza a las diversas situaciones en las que quienes trabajan deben actuar en contraposición directa a sus principios y valores, por ejemplo: mentir, esconder información, despedir personal, realizar acciones deshonestas (Duarte, 2013; Neffa, 2016).

Las y los trabajadoras/es, en su actividad profesional, se incorporan a un conjunto de reglas acerca del oficio que no siempre se enseñan explícitamente pero que aun así se aprenden. Las mismas dan cuenta de lo que consensuadamente se pondera como útil, adecuado, bello, correcto, valorado, esperable, etc. Estas reglas circulan y se configuran como acuerdos. Las mismas hacen a la llamada actividad deóntica, entendida como las cristalizaciones de representaciones sobre lo que

resultaría adecuado valorativamente sobre un rol profesional (Dejours, 2006). Dentro de ellas, las reglas técnicas aluden a aquellas que facilitan la organización de la actividad, o a la manera correcta, esperable, útil de hacer el trabajo, a los procedimientos aceptados. Las reglas de tipo ético hacen referencia a los valores comunes, o los aspectos considerados justos o injustos compartidos por los/as trabajadores/as.

La ética se ha encargado en gran medida de problematizar los conflictos éticos y morales. Incluso, ciertas ramas de la misma han realizado aportes para profundizar en la temática. Como ser, la bioética ha contribuido a pensar en los alcances de las intervenciones técnicas sobre el cuerpo (Pérez Lindo, 2008). También, la ética social ha deliberado sobre el proceder de las situaciones cotidianas vividas por sujetos que interactúan socialmente. En estas coyunturas, resulta necesario decidir qué acciones son llevadas adelante y de qué manera. Para ello, como sujetos de un conjunto social es preciso apelar a saberes prácticos, patrones consensuados y elementos vigentes que proporciona el grupo al que se pertenece (Arpini, 2008). Estos debates pueden parecer referirse a situaciones hipotéticas, ideales que la filosofía presenta, pero se vuelven concretas y reales en ciertos ámbitos de trabajo como es el de la salud. El trabajo en salud se encuentra atravesado por el dolor, el sufrimiento, la vida, la muerte y la vulnerabilidad. En concordancia con ello, se presentan situaciones diarias en las que hay que decidir qué hacer y cómo hacerlo. Mainetti (2008) sintetiza esto por medio de la siguiente reflexión:

“El debate en torno al lugar de los valores en la definición de salud y enfermedad es todo menos un ejercicio de ocio filosófico sin consecuencias sobre la realidad. La naturaleza de la medicina y la atención de la salud dependen de esos conceptos-valores fundamentales que determinan la objetividad científica, la operatividad técnica y la justificación moral de las prácticas clínicas y sanitarias, conformando la ideología del poder médico, profesional e institucional, en el orden político, económico y social” (p.438).

De esta manera, se abre un espacio para discutir sobre las tensiones propias que se generan cuando hay que resolver qué es lo más apropiado hacer en una situación específica, y cuáles son los órdenes subyacentes que determinan la misma. Estas cuestiones pueden estar a la base del malestar y el sufrimiento en el trabajo. El sufrimiento específicamente ético puede manifestarse como las implicancias negativas que una

persona puede desarrollar a causa de considerar que reprueba la concepción y/o realización de hechos o procedimientos que hacen a su tarea laboral y que son susceptibles de perjudicar o dañar a otros/as (Dejours, 2006).

Se subraya que en el caso bajo estudio, se trata de trabajadoras que están en contacto directo con personas con padecimiento mental, incluso en ocasiones con crisis agudas. El trabajo que se realiza en estas condiciones, es de una textura y espesor tal que compromete por completo a quien realiza estas tareas. Por ello, las prácticas diarias en el trabajo de salud con otros/as, exigen una reflexión profunda en tanto interesa saber en qué principios se sostienen las intervenciones que se realizan en salud y específicamente en salud mental. Estos interrogantes invitan a preguntarse por qué se hace lo que se hace. Se busca comprender cuestiones relativas a las prácticas y pensar en qué se sostienen las mismas: si en las reglas que el oficio o el colectivo proporciona, o si en características del trabajo ligadas meramente a la mercantilización de la salud.

La valoración sobre lo que está bien y lo que está mal, lo que hace posible que exista un acuerdo sobre diferentes puntos, es un proceso gestado históricamente. Al ser un proceso social, los cambios que acontecen impactan de lleno en estas valoraciones y por ende en las prácticas de los/as trabajadores/as. En este sentido, interesa preguntarse en este caso cómo repercute la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013), en tanto implica un cambio de paradigma específicamente para quienes trabajan en salud mental.

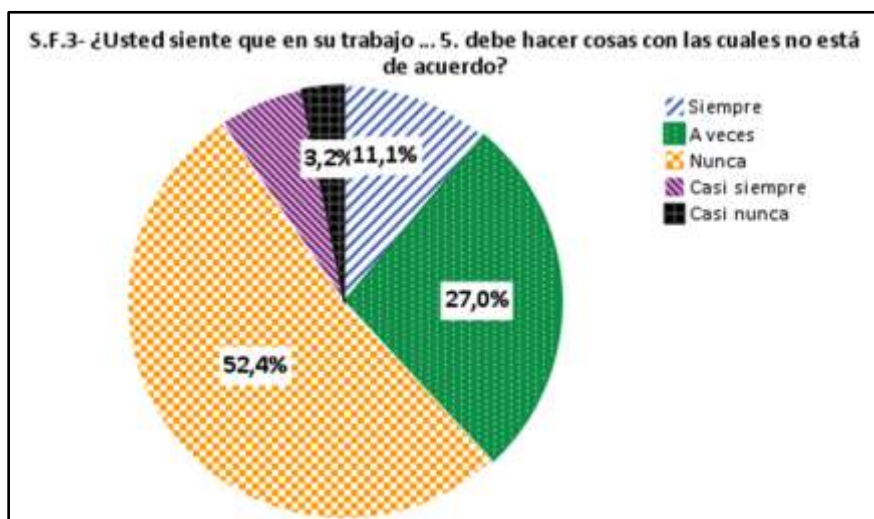
En este entrecruzamiento entre lo aceptado técnica, ética y moralmente, se dan un sinfín de situaciones que pueden beneficiar los procesos de trabajo o por lo contrario socavarlos. En lo cotidiano, estas reglas se reproducen silenciosamente. Solo con la aparición de contradicciones, cuestionamientos generales o dificultades para su aplicación se volverán oíbles y visibles propiciando la aparición del malestar y el sufrimiento (Dejours y Gernet, 2014).

A continuación, se presentarán los resultados de las encuestas con el propósito de analizar las frecuencias correspondientes, considerarlas a la luz de lo presentado anteriormente y enriquecer el análisis con fragmentos de entrevistas y observaciones.

En la clínica de salud mental bajo estudio, se preguntó si en sus trabajos deben hacer cosas con las que no están de acuerdo. El 44,4% (28 casos) del total afirma que sí ya sea siempre, casi siempre o a veces. Es un número relevante en tanto representa casi la mitad de personas con las que se tomó contacto en el marco de la investigación.

¿Usted siente que en su trabajo debe hacer cosas con las cuales no está de acuerdo?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	11,1
Casi siempre	4	6,3
A veces	17	27,0
Casi nunca	2	3,2
Nunca	33	52,4
Total	63	100,0



En cuanto a los aspectos ligados con las contradicciones técnicas, morales y éticas, el 27% (17 casos) señala que en su trabajo ha tenido que realizar acciones que desaprueba ya sea siempre o a veces. No obstante, el 6,3% determina que casi nunca lo ha tenido que hacer (4 casos) y el 66,7% (42 casos) que nunca ha pasado esto.

¿Usted siente que en su trabajo ha tenido que hacer actividades que desaprueba?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	11,1
A veces	10	15,9
Casi nunca	4	6,3
Nunca	42	66,7
Total	63	100,0



En cuanto a las preguntas anteriores, se distingue que realizar acciones que se desaprueban se vincula más a aspectos subjetivos sobre lo correcto o no. Se puede no estar de acuerdo en la manera de realizar un trabajo y no por ello desaprobarlo. Desaprobar una actividad, implica un proceso reflexivo sobre lo ético y lo moral.

De acuerdo a las indagaciones realizadas, alrededor de la mitad de las personas que trabajan en la clínica de salud mental (44,4%) realizan actividades con las que no están de acuerdo. Se trata de un porcentaje elevado de trabajadoras que se encuentran en la situación contradictoria de tener que realizar ciertas actividades de un modo que no lo harían si pudieran elegir. En este sentido, una de las trabajadoras relata la situación a la que se ve expuesta cuando debe esterilizar materiales que deberían tirarse o usar insumos que no están debidamente esterilizados. Explica que esto tiene un impacto directo sobre su trabajo y consecuentemente sobre la salud de los/as usuarios/as, ya que no permite avanzar debidamente la curación de heridas por no estar estériles los insumos. En esta escena, donde se realizan tareas con las que no se está de acuerdo, la calidad del trabajo se ve impedida. Se exhibe la contradicción en la que entra la trabajadora y la responsabilidad es puesta en consideración. Estas situaciones enfrentan a quienes trabajan a los riesgos psicosociales y sirven de plataforma para generar sufrimiento en el trabajo.

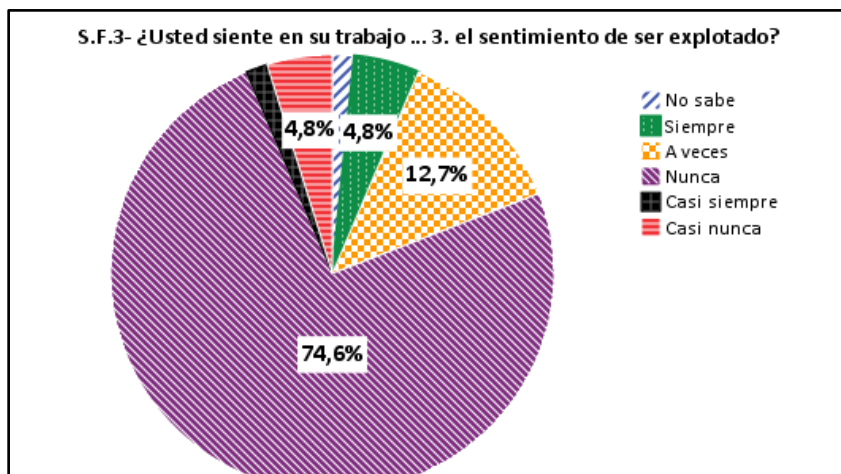
Por otra parte, alrededor de un cuarto de las personas encuestadas (27% - 17 casos) afirma que realiza actividades que desaprueba con cierta frecuencia. Esta dimensión pone a quien trabaja frente a la situación de tener que hacer cosas que considera que están mal. En ocasiones, se establecen objetivos y metas que no tienen que ver con la lógica del trabajo sino con la de la productividad. Una de las trabajadoras expresa el conflicto en el que se ve envuelta en relación a los “pacientes” que fuman en las habitaciones. Explica que cuando le pide que no fumen, ellos/as se quejan con el dueño y “como pagan, el dueño les da la razón”. Comenta que una paciente fumó y prendió fuego la habitación. Agrega que no siente el respaldo en las decisiones por lo que avisó que si hay un incendio, ella se va. Considera que no piensa por ello arriesgar su vida. También expresa que trabaja paralelamente en el sector público y que los médicos allí sí la respaldan porque “en lo público son todos iguales, no importa la plata”. Es importante señalar que al momento de administrar la encuesta eran alojados en la organización pacientes que fueron derivados de otra clínica neuropsiquiátrica de La Plata donde se produjo

un gran incendio. El siniestro causó la muerte de cuatro pacientes y más de cincuenta heridos, muchos de ellos trabajadores/as de la clínica que intentaban rescatar a las víctimas. Estos datos no son menores, reafirman la posición de protesta que muchas veces toman quienes trabajan frente a estos problemas, pues no se trata de accidentes si pueden evitarse y tal como se ve, hacer caso omiso, pone en riesgo la vida de pacientes y trabajadores/as

Otra pregunta que acerca las vivencias de las trabajadoras en torno a esta dimensión remite al sentimiento de ser explotadas. Frente a esta pregunta el 19,1 % (12 casos) indica que ha experimentado la sensación de ser explotada ya sea siempre, casi siempre o a veces. El 79,4% (30 casos) indicó no tener ese sentimiento ya sea casi nunca o nunca.

¿Usted siente en su trabajo el sentimiento de ser explotado?

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	1	1,6
Siempre	3	4,8
Casi siempre	1	1,6
A veces	8	12,7
Casi nunca	3	4,8
Nunca	47	74,6
Total	63	100,0



Alrededor de una quinta parte de las personas encuestadas manifiestan sentirse explotadas. Se considera a partir de la experiencia en terreno de administración de la encuesta que la carga semántica de la expresión retrae a ciertas personas de las respuestas afirmativas. De este modo, se reunió información a partir de diálogos informales con las trabajadoras mientras se estaba en terreno. Muchas de ellas manifiestan estar cansadas, expresando que trabajar en salud mental es muy exigente y que el desgaste se nota en todas las esferas (ej. trabajo, personal). Un ejemplo de esto se ve en el registro de una encuestadora sobre una trabajadora que hace poco había entrado a trabajar a la clínica. Ella expresa que su estado de salud no es del todo bueno, sobretudo en el aspecto psíquico y social. Relata que habitualmente se siente cansada por lo que no mantiene una vida social activa. Considera que el trabajo le hace mal psicológicamente. También refiere que no quiere seguir haciendo este trabajo, que su expectativa en el futuro es no trabajar más en “psiquiatría”. Se la veía desmejorada, cansada y expresa *“te duele la cabeza cuando estás explotada, la espalda...me duele la espalda del trabajo”*. En este comentario, manifiesta con contundencia el sufrimiento que conlleva hacer algo que no es coherente con su cosmovisión. Se puede pensar cómo la sensación de ser explotada se manifiesta en lo psíquico, lo social y en el cuerpo.

7.3. Percepciones acerca del valor y el sentido del trabajo

El trabajo puede ser fuente de placer y/o de sufrimiento. La posibilidad de localizar un sentido en lo que se hace y otorgarle un valor contribuye fuertemente a la identidad profesional (Dejours y Gernet, 2014). De esta manera, el poder registrar cuestiones acerca del por qué y el para qué entre un colectivo de trabajo, da indicios sobre la situación laboral dentro de una organización. Si existieran elementos comunes que permitieran atravesar al colectivo de trabajo, podrían favorecer parámetros de cohesión en torno al grupo por medio del estrechamiento del lazo social.

La identidad es una categoría dinámica en tanto se piensa como una (re)construcción conjunta a partir de los intercambios entre los múltiples agenciamientos que se dan entre sujeto/s, los grupos y la sociedad. A partir de ella se conjugan aspectos que delimitan lo “propio” de lo “ajeno”. Según Chiriguini (2006), siempre se piensa a la identidad como un proceso multideterminado, de construcción colectiva abierta y polifónica.

Autores como Dejours (2015) señalan la fragilidad que suele darse en el suelo actual a partir del trabajo por resultados aislado del proceso global, las evaluaciones de desempeño y consecuentemente la competencia entre pares. Desde allí, se abona a desestimar las relaciones de solidaridad y camaradería. La posibilidad de encontrar puntos de encuentros, necesarios para un vínculo y el desarrollo de aspectos colectivos identitarios, se vuelve una tarea difícil.

En estos escenarios de individualidad, muchas veces los sujetos perciben a su trabajo como desacreditado, poco útil, monótono. No poder localizar aspectos asociados al placer, al reconocimiento y a la identidad en el trabajo, puede propiciar el desarrollo de riesgos asociados con los conflictos éticos y de valores.

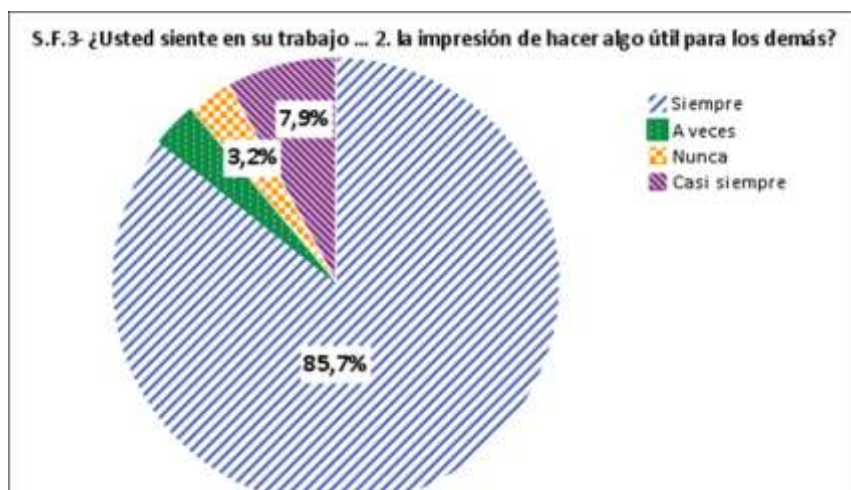
Dentro de la organización estudiada se sitúan ciertos marcos legales. Así, por ejemplo se reconoce el convenio colectivo de trabajo N° 122/75 que rige para el subsector privado y nuclea a trabajadores/as de Clínicas, Sanatorios, Hospitales generales y Neuropsiquiátricos. En el mismo se especifican las diferentes categorías que los/as trabajadores/as pueden desempeñar, las tareas esperables para el puesto y aspectos generales que

hacen al contenido y organización de los procesos de trabajo. El convenio ha sido actualizado hace un año en sus escalas salariales, y también se han incorporado nuevas figuras para ser categorizadas (Convención Colectiva de Trabajo 122/75, 2017). Contar con estas directivas podría pensarse que son aspectos, al menos en términos prescriptos, que favorecen la disposición de elementos que aportan al sentido y valor del trabajo. A su vez, complejizando la lectura sobre el convenio, se podría pensar que si bien por un lado aporta a las bases prescriptas del trabajo para pensar en una identidad, también puede cristalizar sentidos y significantes no adecuándose a lo real de las emergentes: tareas, problemáticas, población con la cual se trabaja, condiciones y medio ambiente de trabajo, contexto laboral.

A la luz de lo desarrollado, se procederá a describir y luego analizar los resultados en torno a esta dimensión. El 96,8% percibe que hace algo útil por los demás. Esto pasa mayoritariamente siempre (85,7% - 54 casos) o casi siempre (7,9% - 5 casos). Solamente un 3,2% (2 casos) declararon que sucede a veces. También el 3,2% (2 casos) afirma que nunca sucede así.

¿Usted siente en su trabajo la impresión de hacer algo útil para los demás?

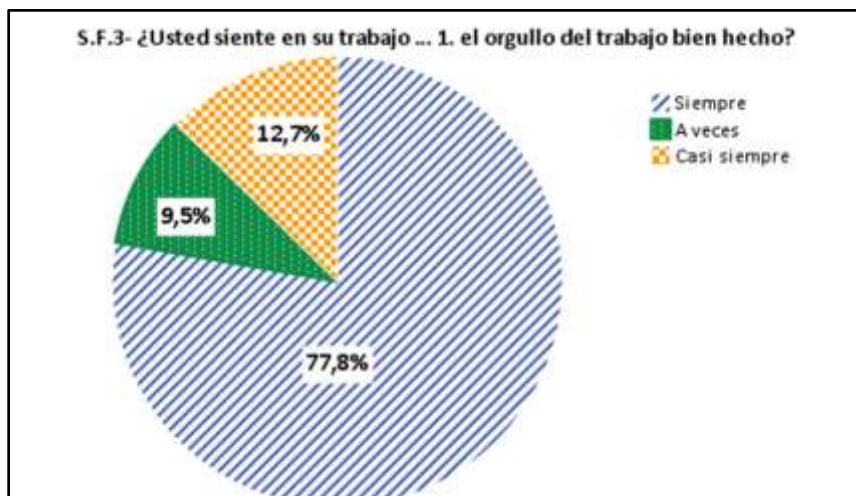
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	54	85,7
Casi siempre	5	7,9
A veces	2	3,2
Nunca	2	3,2
Total	63	100,0



Todas las personas que contestaron a la encuesta dijeron que sienten el orgullo del trabajo bien hecho ya sea siempre (77,8% - 49 casos), casi siempre (12,7% - 8 casos) o a veces (9,5% - 6 casos).

¿Usted siente en su trabajo el orgullo del trabajo bien hecho?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	49	77,8
Casi siempre	8	12,7
A veces	6	9,5
Total	63	100,0



En relación a estos aspectos, podemos ver que la amplia mayoría de las personas encuestadas consideran que realizan un trabajo útil siempre o casi siempre. Igualmente, todas manifiestan el orgullo del trabajo “bien hecho” ya sea siempre o a veces. A raíz de esto, se puede pensar como hipótesis que se encuentran circulando en este colectivo, aspectos que se acercan a la localización de un valor y sentido del trabajo en relación a la arista subjetivamente, que suele manifestarse en el ámbito de la salud. Como ser, autores como Balzano (2012) señalan la importancia que el personal de enfermería suele darle a las dimensiones cognitivas pero también a las emocionales y éticas para la realización de sus labores. Así, el trabajo puede volverse subjetivante cuando se cruzan aspectos asociados a favorecer y realzar el “valor de la vida” por el contacto con otros/as en situaciones de vulnerabilidad.

A su vez, es significativo destacar que los resultados recolectados provienen mayormente de trabajadoras que ocupan puestos de enfermería y limpieza. Sus puestos de trabajo implican cercanía con los/as usuarios/as y a su vez están atravesados por los conceptos no sólo de salud y enfermedad sino también por los de atención y cuidado.

Se entiende que el concepto de atención se circunscribe a un ámbito formal de la salud donde se apela a un saber hacer profesional, metódico,

vertical. La noción de cuidado va más allá de estos límites. De esta forma, en sus posibles usos consigna aspectos afectivos, emocionales; prácticas preventivas y/o curativas no formales en salud; una atención integral en salud que contemple relaciones horizontales, simétricas y participativas; una orientación basada en la perspectiva de los/as usuarios/as (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). En este análisis no se piensa al cuidado solamente como acciones o prácticas de salud de personas dentro del sistema sino que también se ve como un tipo de trabajo (*carework*), o dimensiones propias del mismo. Como ser, Chiappetta-Swanson (2005 en Balzano, 2012) que ha investigado aspectos propios del personal de enfermería, señala que es muchas veces por medio de las tareas de atención y cuidado que los/as trabajadores/es logran en una organización visibilidad e incluso “respetabilidad”. Esto suele ser vivido por ellos/as con orgullo.

Finalmente, se divisa que el 84,1% de las encuestadas son mujeres. Este dato no es menor reparando que las tareas de cuidado han estado asociadas históricamente a colectivos de trabajo feminizados (Aspiazu, 2016; Batthyány, 2009).

7.4. Ser testigo o víctima de situaciones de violencia laboral, hostigamiento y discriminación

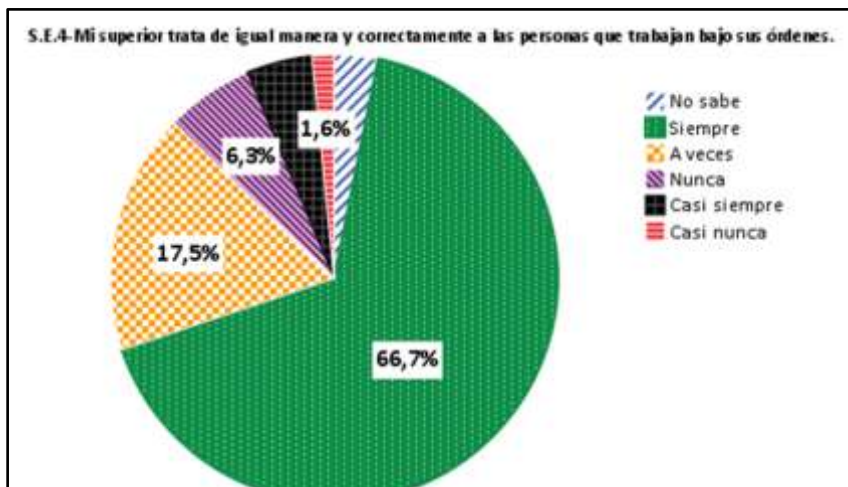
El ámbito de trabajo es uno de los escenarios donde pueden desplegarse situaciones de violencia. En el trabajo estas situaciones adquieren un matiz particular ya que la propia organización del trabajo puede favorecer la sistematización de la violencia. En este sentido Wlosko (2009) advierte en un estudio sobre el personal de enfermería del sector público, sobre ciertos elementos que pueden favorecer la violencia en el trabajo. Según la autora, podrían ser centrales los modos en los que se tramita la brecha entre el trabajo real y prescripto; las reglas del colectivo de trabajo y las ideologías colectivas de defensa y por último, los modos de estructuración de los lazos al interior del colectivo de trabajo. La encuesta aplicada a esta población da un panorama global sobre estos aspectos pero se podría en futuras indagaciones profundizar sobre los mismos.

La dimensión en cuestión refiere a situaciones en las cuales quienes trabajan, son víctimas o testigos de violencia laboral, hostigamiento y discriminación. Este abanico de situaciones contempla las relaciones con superiores, compañeros/as, usuarios/as, público, alumnos/as. En casos donde las personas son testigos de situaciones de violencia, pueden quedar atrapados en la figura de cómplices. Así, resultan partícipes silenciosas de estos sucesos, viéndose, además, arremetidos sus principios o valores éticos y morales. Este tipo de escenarios vienen a profundizar la falta de cooperación entre trabajadores/as y la necesidad u obligación de callar ante el contexto. Se favorece el resquebrajamiento del funcionamiento del colectivo de trabajo como tal y de las relaciones de confianza que hasta entonces se hayan podido configurar. Esto puede traer aparejados sufrimiento y daño, especialmente ante resoluciones que adopten cauces individuales y medicalizados (Amado, Carrari, Cassini y Florín, 2017; Dejourn y Gernet, 2014)

Frente a la pregunta sobre el trato igualitario dentro del lugar de trabajo, el 7,9% (5 casos) afirma que no hay trato igualitario por parte del superior nunca o casi nunca. Mientras, el 89% (58 casos) responde que siempre hay un trato correcto e igualitario ya sea siempre, casi siempre o a veces.

Mi superior trata de igual manera y correctamente a las personas que trabajan bajo sus órdenes.

	Frecuencia	Porcentaje
No sabe	2	3,2
Siempre	42	66,7
Casi siempre	3	4,8
A veces	11	17,5
Casi nunca	1	1,6
Nunca	4	6,3
Total	63	100,0



Uno de los datos más llamativos en relación a la violencia en el trabajo, es el que surge cuando se indaga sobre los accidentes en el marco del trabajo. El 74,6% (47 casos) indica que no tuvo accidentes en los últimos 12 meses, el 20,6% que tuvo un accidente (13 casos) y el 3,2% (2 casos) que tuvo dos o más accidentes. De los quince casos que respondieron afirmativamente, cuatro fueron agresiones sufridas por usuarios/as. Entre ellas se destacan las siguientes: *“un paciente entró violento, intercedí y esto me generó una lesión en la rodilla”*; *“recibí golpes de un paciente”*; *“un paciente me pegó en la espalda y me generó una lesión”*; *“fui mordido por un usuario y me fracturó 2 costillas”*.

En los últimos 12 meses, en su trabajo, ¿sufrió Ud. uno o varios accidentes leves, incluso no graves, que lo han obligado a hacerse atender por los servicios médicos dentro o fuera de su lugar de trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
NO	47	74,6
SI, 1 accidente	13	20,6
SI, 2 o más	2	3,2
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0

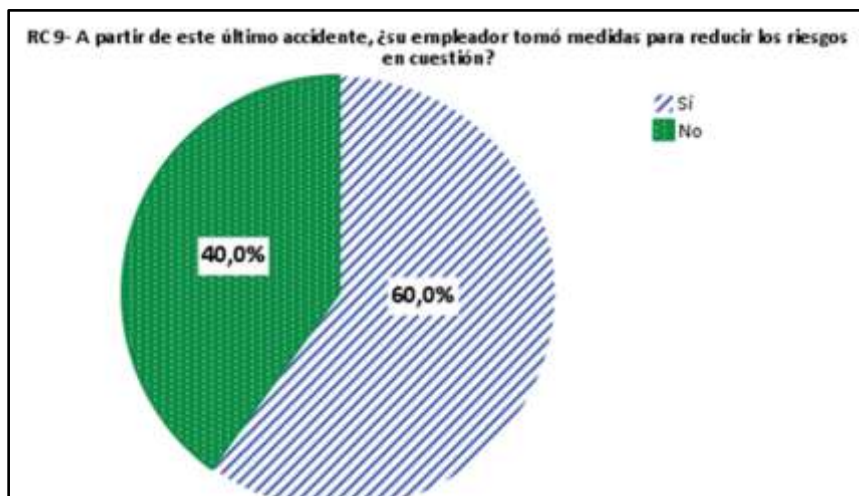


El encuadre de los hechos de violencia por parte de usuarios/as como accidentes de trabajo, llama la atención por su frecuencia. Si se entiende por accidente de trabajo a “*todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo*”, tal como lo establece la Ley de Riesgos de Trabajo N° 24.557 (1995), no quedan dudas de la configuración como tal. Se puede pensar en que hay una trasposición o

naturalización en relación a los accidentes de trabajo a situaciones de violencia y agresión que también podrían evitarse y/o disminuirse. Surge la pregunta de si la legislación vigente, a través de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, está pudiendo recuperar problemas que padecen a diario quienes trabajan en el ámbito de la salud. También es preciso reflexionar sobre las medidas que los/as empleadores/as toman frente a los accidentes y en este caso sobre las agresiones sufridas por parte de usuarios/as. Las crisis agudas en salud mental, muchas veces no son fáciles de contener, pero los protocolos de contención, el personal suficiente y las condiciones y medioambiente de trabajo adecuado, son factores que juegan a favor a la hora de minimizar los riesgos frente a estas situaciones. En este sentido, frente a la pregunta sobre si el empleador tomó alguna medida para reducir el riesgo luego de haber sufrido un accidente, el 40% (6 casos sobre los 15 anteriormente detectados) responde que no.

A partir de este último accidente, ¿su empleador tomó medidas para reducir los riesgos en cuestión?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	60,0
No	6	40,0
Total	15	100,0



Trabajar en un espacio que está atravesado por la violencia, no puede menos que desmejorar la salud de quienes habitan ese trabajo. Interesa pensar qué resortes posibilitan a la violencia establecerse, qué tipos de violencia se instalan y cuanto de la organización del trabajo es responsable. Si se miran los resultados que arrojan las preguntas sobre distintos comportamientos agresivos en la organización, se ven casos 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 vivenciadas con usuarios/as. Mientras que el ninguneo, el silenciamiento, la crítica injusta y el sabotaje son propias de situaciones con personas de la organización. A continuación se muestran el detalle:

S.F.1- Una o varias personas se comportan en forma constante de la siguiente manera:

	Sí - Persona/s de la misma empresa	Sí - Cliente/s, usuario/s, pacientes/s
1. lo ignoran, como si usted no estuviera allí (lo ningunean)-	8	1
2. le impiden expresarse o hablar.	7	2
3. lo ridiculizan en público.	2	
4. critican injustamente su trabajo.	15	3
5. lo cargan de tareas inútiles.	11	1
6. sabotean su trabajo, le impiden trabajar correctamente	10	3
7. dejan entender que usted está mentalmente enfermo.	3	
8. lo agredieron verbalmente	4	10
9. lo acosaron sexualmente		1
10. lo agredieron físicamente	2	11
11. le hacen bromas hirientes o de mal gusto, se burlan de Ud.	5	1

Cuando se indaga si el clima social o la cultura de la organización genera estos comportamientos, el 52,6% (20 casos sobre 38) responde que sí.

¿Ud. piensa que esos comportamientos fueron originados por el clima social o la cultura de la organización.?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	52,6
No	18	47,4
Total	38	100,0

De algún modo, estas frecuencias reflejan el ambiente que respiran quienes trabajan allí. Queda la pregunta planteada si estas situaciones configuran causas de malestar o son consecuencias de otras situaciones. Muchas veces frente al sufrimiento en el trabajo el sujeto o los sujetos despliegan defensas que permiten controlar dicho sufrimiento (Dejours, 2006).

Conclusiones

Por medio del análisis desarrollado anteriormente se ha focalizado en:

1. Considerar las percepciones de los sujetos en relación a cómo vivencian sus procesos de trabajo. Se entiende que al encuestar a una persona, la misma es mucho más que un informante de la realidad organizacional que aporta datos. Por medio de la encuesta, se accede a tomar contacto con sujetos de derechos en procesos de trabajo vivos donde se (re)constituye su subjetividad.
2. Hacer un uso “heterodoxo” del instrumento encuesta. Los datos se complementan con la información recolectada por observaciones participantes y diálogos informales a lo largo del proceso que han sido registrados.
3. Tratar de comenzar a abordar los sentidos dispuestos sobre los procesos de trabajo en lo que respecta a conflictos éticos, morales y de valores. De esta manera, se busca romper con la lógica gestionaría donde se exalta el resultado de la producción.

4. Contemplar particularidades del colectivo de trabajo encuestado. Como ser, divisar que la mayoría de las respuestas provienen de personal de enfermería y limpieza, altamente feminizado. Algunas trabajadoras son extranjeras. También suelen estar en contacto directo con los/as usuarios/as y se ven atravesadas por los procesos de atención y cuidado.

En lo que concierne a los resultados específicos de los conflictos éticos, morales y de valores se puede observar lo siguiente:

- En términos generales el colectivo dispone del tiempo y los medios para realizar un trabajo de calidad. Esto en contraposición con estudios que dan cuenta que en el sector público no suele ser así. También aparecen aspectos que deberían ser abordados: más de la mitad de las personas encuestadas considera que requeriría de más tiempo y cuidado para realizar sus tareas, el 22,2% de las personas encuestadas expresa que trabajan bajo presión.
- Dentro de quienes fueron encuestadas, casi la mitad expresa que debe hacer cosas con las cuales no está de acuerdo. Esto es un indicador elevado que da cuenta de la circulación del sufrimiento ético. De hacerse crónico, podría ocasionar importantes daños sobre la salud de las trabajadoras. Al preguntarles sobre los aspectos éticos y morales explícitamente las respuestas afirmativas descienden a casi un tercio. Casi una quinta parte siente que ha experimentado la sensación de ser explotadas. Sería un aspecto interesante poder especificar la causa de estas contraposiciones técnicas, éticas y/o morales en futuras aproximaciones.
- El colectivo siente una alta valoración sobre sus tareas: orgullo y utilidad. Estos aspectos permitirían pensar que circulan elementos que contribuirían a una identidad profesional y su reconocimiento. También es necesario prestar atención a dichos aspectos en tanto esta mirada y sentimientos sobre la profesión podrían invisibilizar y naturalizar riesgos psicosociales.
- Se invisibilizan situaciones de violencia y agresión hacia las trabajadoras de parte de los/as usuarios/as. Las mismas suelen ser pensadas como “accidentes laborales”, propios y naturales del oficio.

- El espacio de trabajo está atravesado por situaciones de violencia y muchas de estas circunstancias podrían atenderse haciendo foco en la organización del trabajo.

Estos resultados por medio de indicadores, dan cuenta de un estado de situación actual de este colectivo de trabajo en esta organización. Se podría profundizar el análisis si se siguiera trabajando con la población por medio de técnicas cualitativas que permitieran comprender en profundidad los desarrollos y etiología de lo que vemos como riesgos psicosociales. De esta manera, se podrían proponer líneas de acción para posibles intervenciones ya sea preventivas como asistenciales.

Referencias bibliográficas

- Amado, Y., Carrari, J., Cassini, J y Florín, F. (2017). Conflictos éticos y de valores. En Neffa, J. C. y Henry, M.L. (coords). ¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en establecimientos privados de salud. (410-437). Documento de trabajo - La Plata: Instituto de investigaciones administrativas - Facultad de Cs. Económicas. Disponible en: <https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/52/12352/1c19b54bed1eb75a66a354f5a8ec886f.pdf>
- Arpini, A. (2008). Pluralismo En Tealdi, J. C. (Dir.) (2008). Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética - Universidad Nacional de Colombia.
- Aspiazú, E. L. (2016). Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. *Pilquen. Sección ciencias social* 19 (1),55-66.
- Balzano, S. (2012). Visibilidad e invisibilidad de los cuidados en enfermería en una colonia neuropsiquiátrica argentina: una mirada etnográfica. *Cuadernos de Antropología Social*, 35, 99-120.
- Baththyány, K. (2009). Género, cuidados familiares y uso del tiempo. *El Uruguay desde la Sociología*, 6.
- Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva*, 1,(2), 155. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.42>

- Cetrángolo, O. (2014) Financiamiento Fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud Argentino. *Revista de Economía Política de Bs. As.*, 8, (13), 145-183.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Dejours, C & Gernet, I. (2014). *Psicopatología del Trabajo*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editorial.
- Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Díaz Echenique, M. S., Stimolo, M. I., & Caro, N. P. (2010). Satisfacción Laboral y Síndrome de Desgaste Laboral en Enfermeros de Hospitales Públicos Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56,(218). <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2010000100003>
- Duarte, R. (2013). *Contraintes organisationnelles, distorsion de la communication et souffrances éthique. Le cas des centres d'appel téléphoniques*. Tesis de Doctorado. París: CNAM.
- Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (2017) Convención Colectiva de trabajo n° 122/75. Recuperada de: http://www.sanidadistemas.com.ar/CONTENTMANAGER/Files/ContentFileManager/acciongremial/cct_pdfs/c122/cct122_textocompleto_2017.pdf
- Marinetti, J. A. (2008) Bioética narrativa. En Tealdi, J. C. (Dir.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética - Universidad Nacional de Colombia.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones UBA*, 21, (1), 217-224.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación (3 de octubre de 1995) Ley N° 24.557 de Riesgos del Trabajo. Recuperada de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/texact.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación (2 de diciembre de 2010) Ley n° 26.657 de Salud Mental. Recuperada de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Neffa, J. C. (2016). *Los Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Contribución a su Estudio*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Moreno.

- Pérez Lindo, A. (2008). Educación para el desarrollo humano En Tealdi, J. C. (Dir.) Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética - Universidad Nacional de Colombia.
- Tealdi, J. C. (Dir.) (2008). Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética - Universidad Nacional de Colombia.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 18-29. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71629-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71629-4)
- Ugalde, Antonio, & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17,(3). <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000300011>
- Wlosko, M. (2009). Condiciones organizacionales y estructurales de la violencia laboral en personal de enfermería. Ponencia presentada en VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. Buenos Aires, Argentina. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/VIOLENCIA/2.pdf

8. Inseguridad en el empleo y en la situación de trabajo

María Laura Henry

Introducción

La inseguridad en el empleo y en la situación de trabajo puede devenir una fuente de sufrimiento para los y las trabajadoras, en tanto implican un horizonte de incertidumbre y menor grado de seguridad en múltiples planos.

Esta inseguridad laboral constituye un fenómeno complejo que las ciencias sociales del trabajo han abordado, de forma más general, desde el enfoque de la *precariedad*. En este sentido, si bien el énfasis de este enfoque no está exclusivamente centrado en la salud de los y las trabajadoras, constituye una lente analítica que ha expuesto algunas facetas de este problema y que vale la pena reseñar para retomar algunos de sus aportes.

Cabe señalar que el uso de la categoría precariedad en el estudio de las relaciones laborales es relativamente reciente. Su conceptualización se establece como contrapunto a una “norma” ampliamente vigente para fines del siglo XX: el empleo estable o típico (Longo y Busso, 2017). Esta forma típica ideal de empleo, se caracterizaba por una serie de rasgos: se suponía asalariado, con contrato en relación de dependencia; de tiempo completo, según jornada máxima legal vigente y con pago adicional por las horas extraordinarias; desarrollado en el ámbito de un establecimiento físico urbano; con estabilidad y certidumbre en cuanto a su duración; registrado ante las instituciones de seguridad social, con salario y condiciones de trabajo regulados por convenio colectivo, entre otros (Neffa, 2010).

De esta forma, en la década de 1970 el concepto de precariedad comenzó a popularizarse en Europa (principalmente en Francia)¹ para analizar las consecuencias de las transformaciones en las formas de organización de la producción y en las prácticas empresariales (Longo y Busso, 2017).

Como ha sido extensamente argumentado en la literatura sobre el tema, las transformaciones ocurridas en la economía a fines de la década del setenta, relacionadas con la apertura de los mercados al comercio internacional, los procesos de concentración, de desregulación de la relación capital-trabajo, de crecimiento del sector servicios y de flexibilización de los procesos productivos, trajeron aparejadas importantes consecuencias sobre el mercado laboral. Fue en este marco que se instaló la conceptualización de la precariedad laboral como herramienta analítica para comprender la difusión y las consecuencias de aquellas formas de empleo que implicaban menor estabilidad y protección para los trabajadores.

Las definiciones existentes sobre la precariedad son muchas y sería imposible citar aquí a todas ellas, pero podemos mencionar algunas destacadas. Robert Castel (1995) puso de relieve que la precarización laboral expresa, de manera profunda, un deterioro de la *integración social* de los individuos que se había construido progresivamente a lo largo del último siglo bajo el impulso de la relación salarial caracterizada como “fordista”. De esta forma, este proceso constituye un hecho social fundamental, en la medida en que no solo conlleva “desventajas” exclusivamente económicas para los y las trabajadoras, sino que es causa directa de su creciente vulnerabilidad y desafiliación social. Por su parte, Neffa (2010) remite a este concepto para señalar formas de empleo que suponen altos niveles de inestabilidad, incertidumbre e inseguridad laboral. En este sentido, el autor señala la amplitud de este concepto dado que engloba categorías tales como el trabajo informal, el trabajo no

¹ En Argentina, este debate cobró protagonismo unos años más tarde, con la crisis económica de la década del ochenta y luego, con mayor fuerza, en el marco de las reestructuraciones productivas de los noventa y las enormes consecuencias negativas que las mismas tuvieron sobre el mercado de trabajo (aumento de la informalidad, el desempleo, el subempleo, etc.).

registrado y las formas específicas de empleo (contrato por tiempo determinado, empresas de trabajo temporal, etc.).

También, Pok (1992) señala que el trabajo precario es aquel que presenta una “inserción endeble” en la producción de bienes y servicios, la cual es en principio y por definición, independiente de su carácter legal. Dicha inserción endeble se expresa en la participación intermitente en la actividad laboral y, asimismo, se refleja en la existencia de condiciones contractuales que no garantizan la permanencia de la relación de dependencia (contratos de tiempo parcial, eventual y demás modalidades restringidas, la ausencia de percepción de indemnización por despido, etc.), así como también el desempeño en ocupaciones en vías de desaparición o redundantes en términos de las necesidades del aparato productivo.

¿Qué aportes brinda el enfoque de la precariedad para analizar la relación entre trabajo y salud? Básicamente las investigaciones realizadas desde este marco han permitido identificar algunos aspectos generales donde el bienestar de los y las trabajadoras se ve amenazado en el marco de estos empleos inestables.

Al respecto, Neffa (2015) señala que quienes desempeñan empleos precarios no tienen acceso a las mismas informaciones y capacitaciones que el resto del colectivo de trabajo, realizan trabajos más penosos y riesgosos. Del mismo modo, deben invertir más energía que el resto para dar buenas señales a sus empleadores y así conservar su trabajo (temporal) por más tiempo u obtener un puesto permanente. Por otro lado, Neffa (2010) también señala que en los empleos precarios las personas están sometidas a mayores niveles de exigencia por parte de sus empleadores, en el marco de una menor sindicalización y de la vulnerabilidad en que se encuentran: polivalencia y movilidad interna forzadas, intensificación del trabajo, incertidumbre sobre sus tareas, todo lo cual implica una mayor fatiga.

Por otra parte, cabe resaltar aquellas conceptualizaciones ampliadas sobre la precariedad que han puesto en primer plano la dimensión subjetiva de este fenómeno y que, de esta manera, se emparentan con el enfoque de los riesgos psicosociales. Al respecto, resulta interesante reseñar los aportes de Paugam (2000), quien propone interpretar la precariedad a partir de dos dimensiones: la precarización del empleo y la precarización del trabajo. La primera dimensión permite aprehender los aspectos

vinculados con el grado de (in)estabilidad de la situación laboral del trabajador. En tanto, la segunda dimensión permite abordar aquellos aspectos subjetivos vinculados a la identidad profesional, el sentimiento de utilidad social, la satisfacción que se obtiene en el trabajo y las representaciones que allí se conforman.

En estos términos, el concepto de precariedad ampliado de Paugam es interesante en tanto sugiere, por un lado, analizar situaciones que no solo son precarias en términos contractuales, y por otro, incluir la perspectiva del/la trabajador/a y sus experiencias subjetivas en torno a la sostenibilidad de su empleo. Así, un empleo puede no ser precario en términos contractuales pero conllevar una precariedad referida a las experiencias que genera (desgaste, falta de reconocimiento, altos ritmos de trabajo, imposibilidad de carrera, bajos ingresos, etc.), que lo vuelve insostenible en el tiempo para muchos trabajadores y termina forzando su salida.

Un escenario aún más negativo para las personas se presenta cuando esa precariedad deviene finalmente en una situación de desempleo, que a veces es transitoria (algo típico cuando se pasa de un empleo precario a otro) y otras veces puede resultar una condición de largo plazo, con los efectos nocivos que ello implica. Como explica Buendía (1990), los resultados de distintos estudios revelan que los desempleados presentan alteraciones psicológicas significativas cuando se los compara con personas que tienen trabajo. Al respecto, presentan un descenso de su salud mental general y de su autoestima. Se ha puesto de manifiesto igualmente el aumento de los estados depresivos y de ansiedad. También se ha constatado un aumento de tensión en las relaciones familiares. Otros trastornos señalados por los investigadores son el aislamiento social, la sensación de dependencia, los sentimientos de inutilidad, etc.

Las conexiones entre el desempleo y la precariedad laboral son cada vez más evidentes en los mercados laborales actuales. En tal sentido, es creciente el número de personas que fluctúa entre el desempleo, la ocupación y la inactividad, intentando ajustarse a los requerimientos de flexibilidad marcados por los nuevos preceptos de la gestión de los recursos humanos y por las estrategias empresariales. Esta dinámica es sumamente nociva para el bienestar subjetivo de los trabajadores y afecta asimismo sus lazos sociales, familiares y laborales (posibilidad de sindicalización, de apoyo de colegas, etc.) (Rubio Arribas, 2009).

Una vez finalizado este breve recorrido conceptual para comprender cómo la inestabilidad laboral puede incidir sobre la salud de los trabajadores, podemos volver a centrarnos en cómo este fenómeno puede devenir un riesgo psicosocial.

Siguiendo las sistematizaciones de Gollac (2011), este autor señala que la inseguridad en el empleo y en la situación de trabajo constituye un factor de riesgo psicosocial que abarca dos grandes dimensiones:

1) Inseguridad socioeconómica

El concepto de inseguridad socioeconómica comprende distintos aspectos que implican incertidumbre para el/la trabajador/a:

- perder el empleo, por la amenaza de despido o por el estatus precario del vínculo con su empleador (contrato de duración determinada, trabajo informal, etc.);
- no poder mantener un nivel determinado de ingresos en el mediano o largo plazo;
- la imposibilidad de beneficiarse con un desarrollo “normal” de carrera: pocas posibilidades de hacer carrera dentro de la empresa u organización y/o posibilidades de ascenso bloqueadas.

Asimismo, dentro de esta dimensión se releva la capacidad y deseo de mantenerse en el puesto y/o actividad actual hasta llegar la edad jubilatoria (sustentabilidad del empleo). Esto último constituye un indicador muy claro sobre el grado de satisfacción o, por el contrario, de sufrimiento que le genera el trabajo. Sintetiza de forma muy precisa cómo el trabajador vive su situación laboral y cómo lo afecta.

2) Cambios no controlados de la tarea y de las condiciones de trabajo

En esta dimensión se releva la posibilidad del/la trabajador/a de prever cómo serán sus futuras actividades o de anticipar y controlar los cambios en su tarea y en la organización del trabajo. Al respecto, se consideran como perjudiciales aquellas situaciones donde los y las trabajadoras deben afrontar cambios mal preparados, súbitos, en los cuales no han tenido participación y que ponen en cuestión las habilidades ya adquiridas, obligándolos reformular prácticas de trabajo y saberes previos.

Asimismo, y de modo más enfático, son factores de riesgo las “reestructuraciones” en los ámbitos de trabajo, que implican cambios

profundos tales como concentración de empresas, fusiones de áreas, deslocalizaciones, reducción de planteles de trabajadores por despidos, etc.

En todos los casos, lo que se genera entre los y las trabajadoras son sentimientos de ansiedad, de pérdida del sentido del trabajo, problemas de adaptación a los cambios (de tareas, de horarios, de ritmos), conflictos interpersonales y temores por su situación en el futuro.

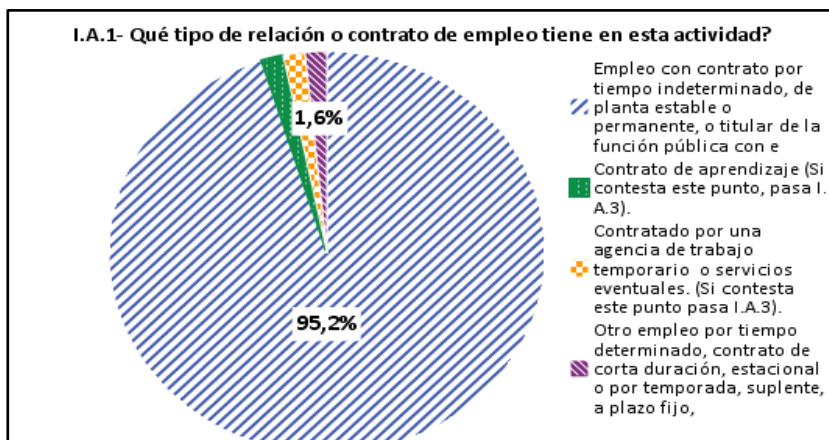
A continuación, veremos la información que surge de la encuesta respecto de estas dos dimensiones.

8. 1. Inseguridad socioeconómica

De los datos surge que la mayoría de las trabajadoras encuestadas en la Clínica de Salud Mental tenían contratos de trabajo formales y perdurables en el tiempo. En este sentido, el 95,2% (59 casos) indicó tener un "empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente". Solo tres trabajadoras dijeron tener otro tipo de contratación, como puede visualizarse en la tabla que sigue:

I.A.1- ¿Qué tipo de relación o contrato de empleo tiene en esta actividad?

	Frecuencia	Porcentaje
Empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente, o titular de la función pública con e	59	95,2
Contrato de aprendizaje	1	1,6
Contratado por una agencia de trabajo temporario o servicios eventuales.	1	1,6
Otro empleo por tiempo determinado, contrato de corta duración, estacional o por temporada, suplente, a plazo fijo,	1	1,6
Total	62	100,0

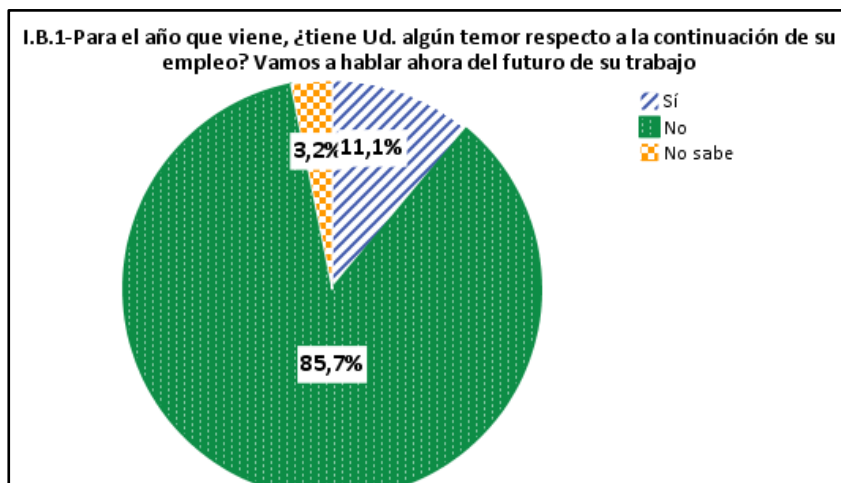


De esta forma, la mayor parte de las trabajadoras tiene un horizonte laboral con estabilidad, dado que predomina la contratación por tiempo indeterminado.

Una vez indagado el vínculo contractual formal, la encuesta nos provee datos también sobre las *percepciones* de estabilidad laboral. Al respecto se consultó a las encuestadas si para el año siguiente tenían algún temor respecto de la continuación de su empleo. Las respuestas fueron las siguientes:

I.B.1-Para el año que viene, ¿tiene Ud. algún temor respecto a la continuación de su empleo?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	11,1
No	54	85,7
No sabe	2	3,2
Total	63	100,0

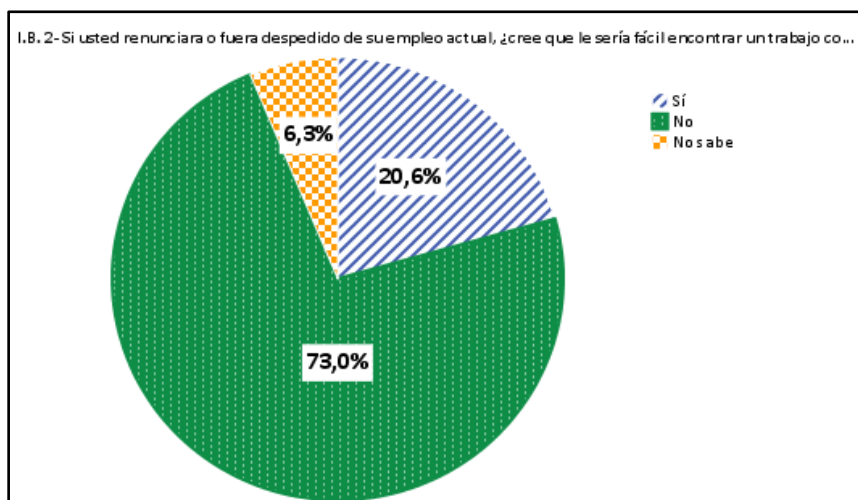


Como puede verse, una gran mayoría (85,7%) dijo no tener temor al respecto. Sin embargo, no es desdeñable la cantidad de encuestadas que expresó tener temores a perder su empleo el año siguiente (7 casos). Quizás estos temores estén fundados en la percepción sobre la situación socioeconómica general del país, teniendo en cuenta el contexto de recesión y de inflación de costos (vigente al momento de la encuesta) que podía llevar a algunas empresas a reducir su personal.

En la línea de seguir indagando la cuestión de la (in)seguridad socioeconómica, se consultó a las encuestadas si podrían obtener la misma remuneración en otro empleo, en caso de perder el actual por renuncia o despido.

I.B. 2- Si usted renunciara o fuera despedido de su empleo actual, ¿cree que le sería fácil encontrar un trabajo con un salario o sueldo similar?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	20,6
No	46	73,0
No sabe	4	6,3
Total	63	100,0



Como puede verse en el gráfico, casi tres cuartos (73%) indicó que “no” le sería fácil encontrar un trabajo con un salario o sueldo similar si renunciara o fuera despedida de su empleo actual. Esto nos permite inferir que se percibían a las remuneraciones como un componente ventajoso de su empleo y que no sería tan sencillo obtener un nivel salarial similar en el mercado de trabajo.

Luego, otro porcentaje menor del 6,3% (4 casos) dijo no saber, lo cual también en algún sentido reforzaría la preferencia por su empleo, en términos de la posibilidad de proyectar una seguridad de ingresos en su puesto actual. En cambio, un 20,6% de las encuestadas (13 casos) dijo

que efectivamente podría conseguir otro empleo con un nivel salarial similar. Esta percepción puede ser mayor en el caso de aquellas trabajadoras con alguna profesión u oficio específico en el campo de la salud, que eventualmente les permitiría una inserción favorable en el mercado de trabajo. Quedaría pendiente hacer un cruce de variables con estos aspectos porque es sabido que los y las trabajadoras con mayor formación aumentan sus capacidades de negociación en el mercado laboral y más aún si se trata de calificaciones escasas y especializadas.

Por último, en lo referente a las posibilidades de hacer carrera dentro de la organización puede retomarse una pregunta de la encuesta que ha sido citada en otro capítulo de este texto, donde se les consultó a las trabajadoras si tenían expectativas de promoción o de ser ascendidas, teniendo en cuenta todos sus esfuerzos. Como se expuso, un 58,7% dijo “nunca” y un 7,9% que “casi nunca”, lo cual indica que dos tercios de las encuestadas percibían como escasísimas las posibilidades de ascenso.

Al respecto, las causas puede ser de dos tipos: primero, que no haya una estructura escalonada que permita promociones y ascenso (“pirámides chatas”) dentro de cada área de la organización. En el sector salud esto es frecuente en muchas áreas operativas y en clínicas de pequeñas dimensiones. Por ejemplo, el puesto de mucama suele ser muy numeroso pero el único puesto superior al cual se puede ascender es a supervisor/a. En este último caso, suele ser un escalón ocupado por una persona (o a lo sumo, una por turno) que se desempeña por mucho tiempo en ese lugar y no se habilita así la posibilidad de una circulación vertical de trabajadoras. Otra hipótesis para explicar esta problemática es que la Clínica de Salud Mental no reconozca ni evalúe la trayectoria de las trabajadoras y sus méritos o su desempeño.

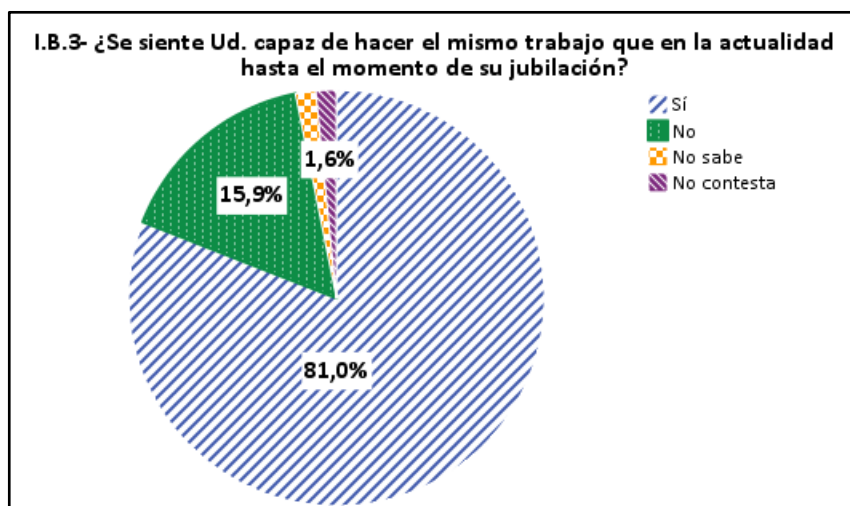
En cualquiera de los dos casos arriba mencionados, lo que se genera es una pérdida de motivación y de sentido del trabajo, frente a un escenario donde las trabajadoras pueden verse obligadas a permanecer muchos años estancadas en su puesto o categoría actual, y donde escasean los desafíos profesionales. Y esto no solo afecta su bienestar sino que repercute sobre la organización ya que, con el correr del tiempo, esta situación hace que se sientan menos comprometidas con las metas de la organización y que decaiga su rendimiento.

En el marco de estas indagaciones sobre su situación futura, también se consultó a las trabajadoras sobre sus posibilidades y deseos de

mantenerse en esa misma actividad hasta llegar la edad jubilatoria. Respecto de lo primero, se les preguntó si *sesentían capaces* de hacer el mismo trabajo que en la actualidad hasta el momento de su jubilación.

I.B.3- ¿Se siente Ud. capaz de hacer el mismo trabajo que en la actualidad hasta el momento de su jubilación?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	51	81,0
No	10	15,9
No sabe	1	1,6
No contesta	1	1,6
Total	63	100,0



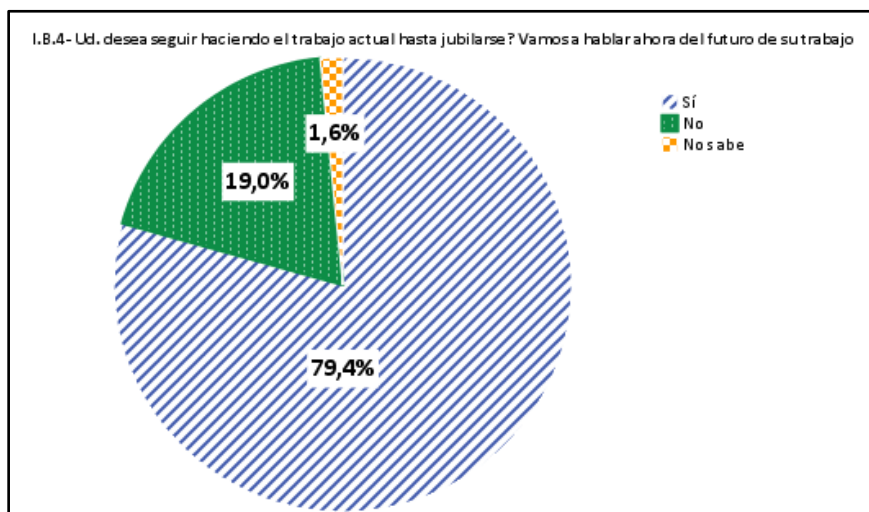
Como se observa en el gráfico, en su gran mayoría (81%) dijeron que “sí” se sentían capaces de continuar trabajando en la institución hasta el momento de su jubilación. Esto podría deberse a su confianza en que

podrán sobrellevar las condiciones de trabajo existentes y que tendrán la capacidad de afrontar las exigencias que implica su puesto.

Luego, y teniendo en cuenta la respuesta anterior, se les consultó sobre el “deseo” de continuar haciendo su trabajo actual hasta la jubilación. Nótese que en esta pregunta el énfasis ya no está puesto en las capacidades o posibilidades sino en *las ganas* que tiene la trabajadora de seguir haciendo lo que hace, lo cual remite a un aspecto más ligado a la motivación y a la sensación de bienestar que le genera el trabajo. Los datos al respecto son los siguientes:

I.B.4- Ud. desea seguir haciendo el trabajo actual hasta jubilarse? Vamos a hablar ahora del futuro de su trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	50	79,4
No	12	19,0
No sabe	1	1,6
Total	63	100,0



Como puede observarse en el gráfico, el porcentaje de quienes efectivamente “deseaban” continuar haciendo su trabajo actual hasta jubilarse es bastante alto, alcanzando una cifra del 79,4%. Por su parte, el porcentaje de quienes no lo deseaban representa un 19% de las encuestadas, lo cual está indicando que (al momento del relevamiento) un porcentaje significativo sentía dificultades, estaba insatisfecha y/o tenía otras expectativas en términos laborales.

Los valores arrojados en esta pregunta deben asimismo ser analizados en un sentido más amplio, haciendo referencia a las condiciones de trabajo y a los RPST vigentes en el lugar de trabajo. Como señala Gollac (2011), esta pregunta constituye una buena síntesis y un balance general respecto de los RPST que afronta el trabajador/a y del grado de sufrimiento que genera un determinado trabajo.

En el caso bajo estudio, el alto porcentaje de trabajadoras que desea seguir haciendo su trabajo actual hasta jubilarse puede relacionarse con el tipo de tareas que realizan y, específicamente, con los ideales y representaciones que se hallan presentes en el campo de la salud. Una serie de valores asociados a estos empleos (tales como compromiso con el prójimo, entrega, altruismo, vocación de cuidado, abnegación, etc.) pueden otorgar sentido y estima a las tareas realizadas, haciendo que el trabajo sea vivido de manera positiva aun cuando haya otros aspectos ligados a las condiciones de trabajo que sean poco satisfactorios² (salarios bajos, fundamentalmente).

Al respecto, Aspiazu (2017) señala que la idea de vocación, vinculada al cuidado del otro como un “rol natural” (principalmente adjudicado a las

² Este fenómeno puede ser encontrado en otros sectores donde circulan imaginarios asociados a la vocación y el compromiso con el oficio. Un ejemplo análogo que hemos estudiado son los periodistas *freelance* (Henry, 2010). Los imaginarios profesionales y los valores que sostienen estos trabajadores los llevan a comportarse de manera ambigua respecto de sus condiciones laborales y les permiten sobrellevar las contingencias de su condición de empleo (intermitente y precario). Al respecto, está muy presente en sus discursos la idea de vocación, una fuerte afición por la labor que realizan y una alta valoración de la exposición pública que obtienen. Todo ello actúa como un mecanismo compensatorio frente a las largas horas de trabajo, las bajas remuneraciones y la poca seguridad laboral que poseen.

mujeres) entra en contradicción con el trabajo en salud como profesión. Mientras que "la vocación de servicio" sólo exige como retribución el reconocimiento social de las tareas realizadas, la profesionalización implica una retribución económica acorde a las calificaciones adquiridas y el respecto de ciertas condiciones laborales. En el mismo sentido, Pereyra y Micha (2016) explican que la presentación del *yo* y de la ocupación en clave de sacrificio -muchas veces equiparándolos al "sacrificio materno"- es una situación relativamente común entre las trabajadoras mujeres de la salud, y escasamente cuestionada en términos de derechos y necesidades laborales.

En un marco discursivo que enfatiza el ejercicio del trabajo como fin en sí mismo, que pone el interés económico y material en segundo plano, es comprensible que muchas trabajadoras como las que encuestamos encuentren razones para seguir haciendo este trabajo hasta el momento de jubilarse.

Asimismo, podríamos inferir que hay otros aspectos ventajosos que las encuestadas perciben de su empleo y que también refuerzan ese deseo de continuar haciéndolo hasta la jubilación. Principalmente, la estabilidad que ofrece, dado el tipo de contrato (por tiempo indeterminado) que tiene la mayoría. En el contexto de un mercado de trabajo precarizado y de incipiente crecimiento del desempleo (al momento de realizarse la encuesta), la estabilidad podía considerarse un aspecto sumamente valioso para las trabajadoras.

8.2. Cambios no controlados de la tarea y de las condiciones de trabajo

Como se indicaba al principio, aquellos cambios en los entornos de trabajo que se producen de forma repentina, sin preparación y que no han sido informados con anticipación a los y las trabajadoras constituyen una fuente de riesgo. Fundamentalmente, esto sucede porque los cambios obligan a los y las trabajadoras a elaborar nuevos "compromisos" entre las exigencias de su puesto, los recursos que disponen (tiempo, saberes, herramientas, etc.) y la preservación de su salud.

Durante el tiempo que les lleva alcanzar estos nuevos compromisos y equilibrios, asumen una carga extra por el esfuerzo cognitivo invertido.

Este periodo de aprendizaje puede ser vivido particularmente como penoso cuando los cambios han sido introducidos de forma acelerada, sin capacitación previa y sin que se les provean los recursos (materiales y operativos) para afrontar la nueva situación. Por eso también representa un período en el cual están expuestos a mayores riesgos de errores e incidentes.

De esta forma, las transformaciones en los lugares de trabajo se vuelven especialmente problemáticas cuando los y las trabajadoras no han sido consultadas previamente sobre la puesta en marcha de estos cambios en sus entornos de trabajo o no han recibido información anticipada sobre los mismos. El desconocimiento y la desorientación que esto produce pueden generarles preocupación, intranquilidad e inclusive una pérdida de sentido del trabajo en ese nuevo marco que no logran comprender completamente.

De forma correlativa, los cambios en el trabajo pueden ser vividos con aflicción cuando ponen en cuestión las calificaciones ya adquiridas y los aprendizajes prácticos que fueron estableciendo como rutinas. El trabajador/a siente que sus saberes ya no tienen validez y que peligra su capacidad de desempeño dentro de la organización.

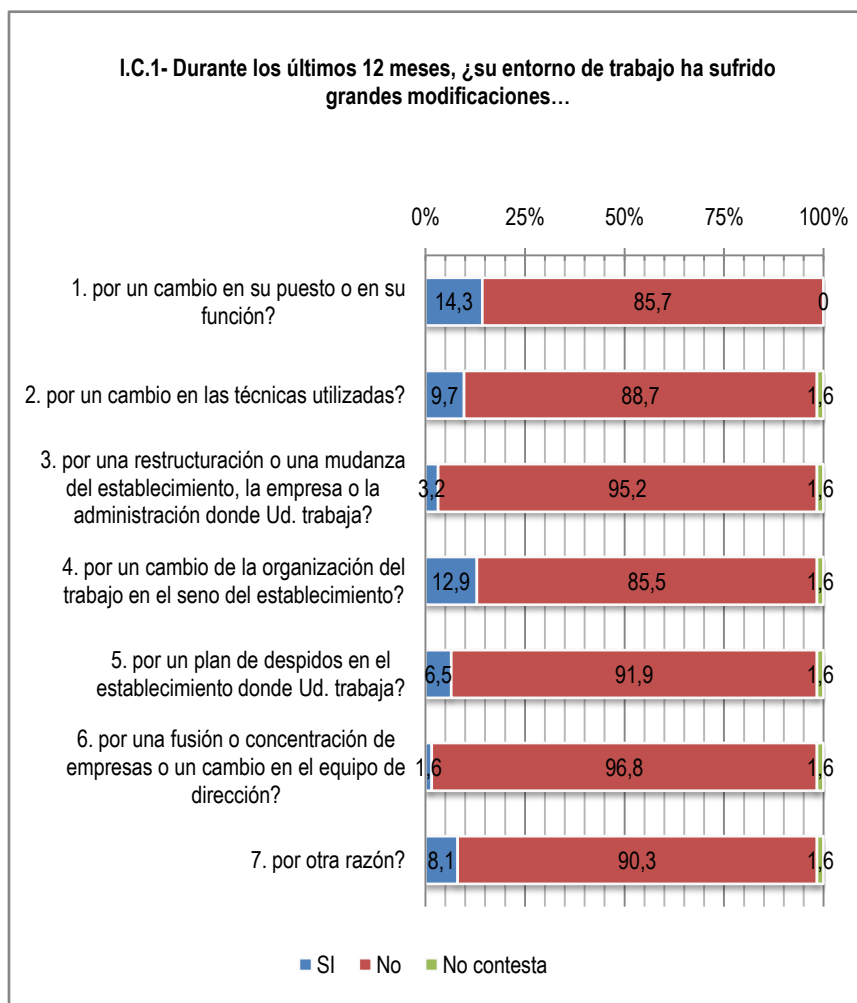
Como señala Neffa (2015), a veces sucede que los y las trabajadoras que ocupan puestos que han atravesado transformaciones y que no lograron adaptarse a los mismos, comienzan a ser percibidos como trabajadores/as “viejos”, “gastados”, incapaces de reconvertirse en la nueva situación, por lo cual la organización considera que deben ser desplazados, o situados en puestos poco relevantes hasta que les llegue el momento de su retiro.

Para abordar este tema, analizaremos una serie de variables de la encuesta que ya fueron examinadas en el capítulo sobre “autonomía” pero que aquí serán retomadas con el foco puesto en la certidumbre sobre la situación de trabajo. Al respecto, en la encuesta lo primero que se indagó fue si efectivamente habían ocurrido cambios en el entorno de trabajo de las encuestadas:

I.C.1- Durante los últimos 12 meses, ¿su entorno de trabajo ha sufrido grandes modificaciones... (en %)

8. Inseguridad en el empleo y en la situación de trabajo / María Laura Henry

	SI	NO	No sabe	No contesta
1. por un cambio en su puesto o en su función?	14,3	5,7	0	0
2. por un cambio en las técnicas utilizadas?	9,7	8,7	0	1,6
3. por una reestructuración o una mudanza del establecimiento, la empresa o la administración donde Ud. trabaja?	3,2	95,2	0	1,6
4. por un cambio de la organización del trabajo en el seno del establecimiento?	12,9	5,5	0	1,6
5. por un plan de despidos en el establecimiento donde Ud. trabaja?	6,5	91,9	0	1,6
6. por una fusión o concentración de empresas o un cambio en el equipo de dirección?	1,6	96,8	0	1,6
7. por otra razón?	8,1	90,3	0	1,6



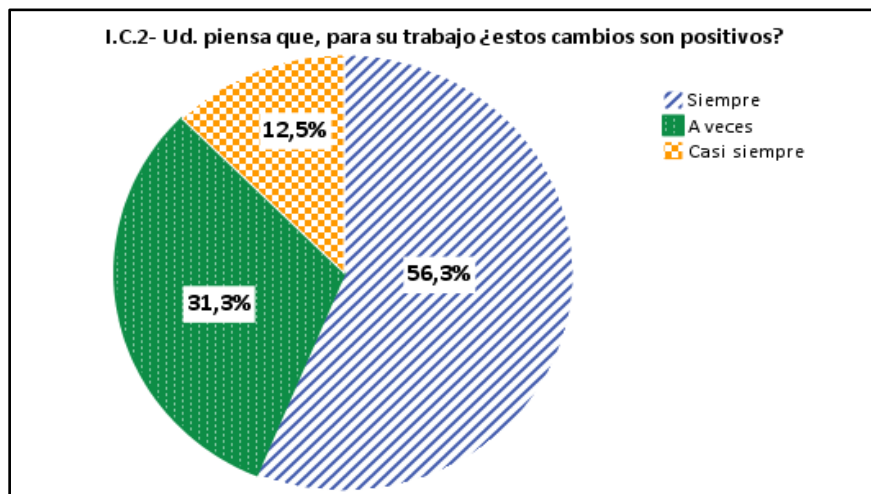
Los datos muestran que efectivamente las trabajadoras encuestadas han percibido la ocurrencia de una serie de cambios en la Clínica de Salud Mental. Al respecto, las dos causas más citadas fueron “por un cambio en su puesto o función” y “por un cambio en la organización del trabajo” (con un porcentaje de 14,3% y de 12,9%, respectivamente). Por detrás, con algo menos de incidencia, las encuestadas han indicado como causas

“por un cambio en las técnicas utilizadas” (9,7%), “por otra razón” (8,1%) y “por un plan de despidos en el establecimiento” (6,5%).

En términos generales, puede decirse que alrededor de un cuarto (16 casos) de las encuestadas afrontaron grandes modificaciones en su entorno de trabajo en los últimos doce meses.

I.C.2- Ud. piensa que, para su trabajo ¿estos cambios son positivos?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	9	56,3
A veces	5	31,3
Casi siempre	2	12,5
Total	16	100,0



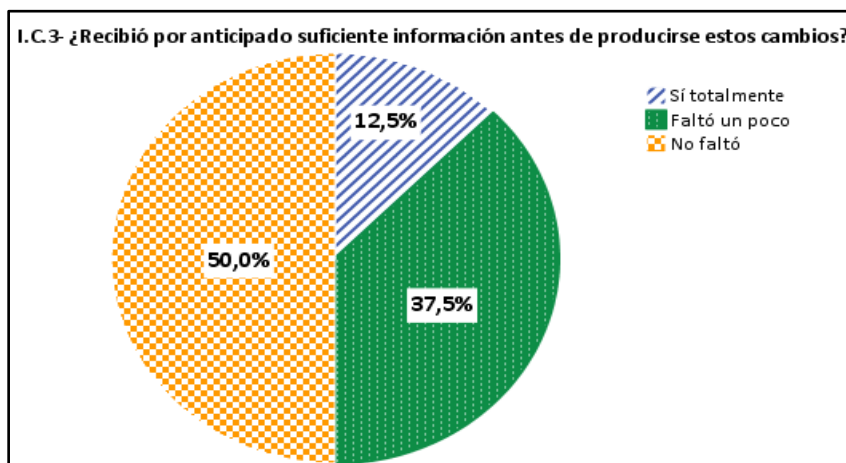
A las trabajadoras que expresaron haber atravesado dichos cambios (16 casos), se les consultó en la encuesta cómo los vivieron. Al respecto, los datos indican que fueron sobrellevados satisfactoriamente, dado que 9 de ellas contestaron que “Siempre” fueron positivos, 2 dijeron “Casi

siempre” y 5 indicaron “A veces”. Es decir, que más de la mitad expresó una visión positiva sobre dichos cambios porque ninguna indicó las categorías “Nunca” y “Casi nunca”.

De igual forma, a este conjunto de trabajadoras que percibió cambios en su entorno de trabajo, se les preguntó si recibieron información por anticipado sobre los cambios producidos.

I.C.3- ¿Recibió por anticipado suficiente información antes de producirse estos cambios?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí, totalmente	2	12,5
Faltó un poco	6	37,5
No faltó	8	50,0
Total	16	100,0



En términos generales puede visualizarse que la información fue suficiente para la mitad de las trabajadoras, mientras que el resto indicó

cierta escaseces (dos encuestadas señalaron que “Faltó totalmente” información y 6 que “Faltó un poco”). Cabe reiterar que la falta de información por anticipado sobre la introducción de cambios genera la sensación de incertidumbre e inseguridad en el trabajo y que por eso este punto es importante en la gestión de las organizaciones.

Luego, a este conjunto específico de trabajadoras se les preguntó si ellas hicieron consultas cuando sucedían esos cambios en su entorno de trabajo.

I.C.4- ¿Realizó consultas cuando sucedían estos cambios?

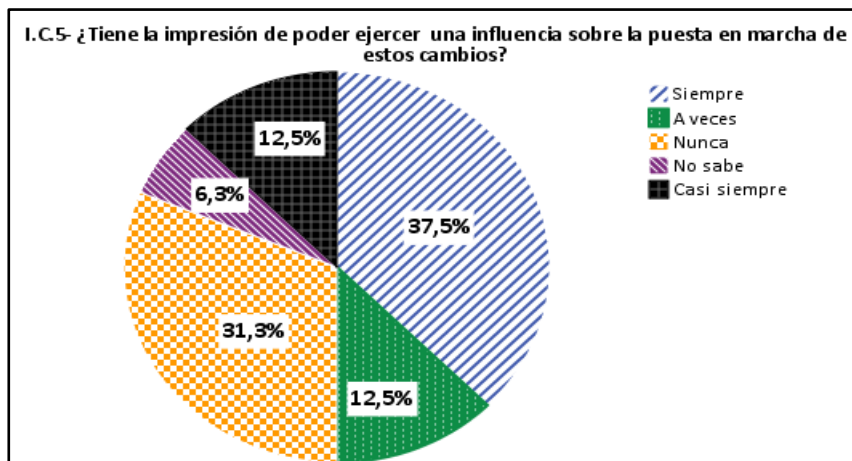
	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	43,8
Casi siempre	1	6,3
A veces	1	6,3
Casi nunca	1	6,3
Nunca	6	37,5
Total	16	100,0

Como puede verse en la tabla, la mitad de este grupo de encuestadas dijo que “siempre” y “casi siempre” realizaron consultas a sus superiores mientras sucedían esos cambios. Esto denotaría cierta inquietud e iniciativa personal por averiguar los objetivos de dichos cambios y sus formas prácticas de ponerlos en marcha.

Por último, a estas 16 trabajadoras se les consultó si tuvieron la impresión de poder ejercer una influencia sobre la puesta en marcha de estos cambios.

I.C.5- ¿Tiene la impresión de poder ejercer una influencia sobre la puesta en marcha de estos cambios?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	37,5
Casi siempre	2	12,5
A veces	2	12,5
Nunca	5	31,3
No sabe	1	6,3
Total	16	100,0

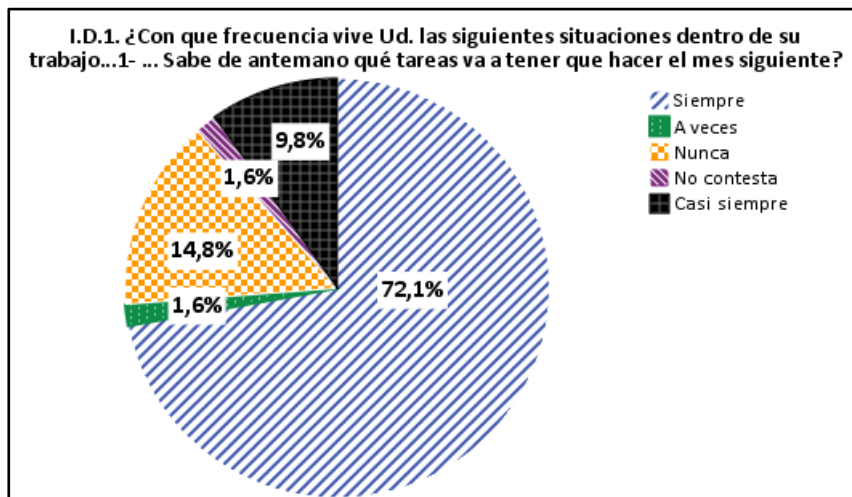


Como puede verse, la mitad de este grupo de encuestadas (8 casos) indicaron que “Siempre” y “a veces” pueden ejercer una influencia en la puesta en marcha de esos cambios. Pero el resto de los casos se divide en situaciones menos beneficiosas (“A veces”, 2 menciones; “Nunca”, 5 menciones y 1 trabajadora que indicó no saber). Para estas últimas, parecen estar limitadas las posibilidades de participación en esas modificaciones.

Otro aspecto importante que aborda este eje de RPST, está referido a la posibilidad que tienen las trabajadoras de conocer las tareas que van a realizar en el futuro. En este sentido, se consultó *a todas* las encuestadas con que frecuencia sabían de antemano qué tareas debían hacer el mes siguiente.

I.D.1. ¿Con que frecuencia vive Ud. las siguientes situaciones dentro de su trabajo...1- ... Sabe de antemano qué tareas va a tener que hacer el mes siguiente?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	44	72,1
Casi siempre	6	9,8
A veces	1	1,6
Nunca	9	14,8
No contesta	1	1,6
Total	61	100,0



Los datos muestran que casi tres cuartos de las trabajadoras tiene certeza respecto a las tareas deberán hacer el mes siguiente, si tenemos en cuenta que el 72,1% (44 casos) dijo “Siempre” y 9,8% (6 casos) expresó que casi “Casi siempre. Esta variable, que hace referencia a la certidumbre sobre las tareas a futuro, exhibe porcentajes notablemente altos si comparamos con otros relevamientos que hemos realizado en una Clínica Generalista (Neffa y Henry, 2018). Probablemente estos altos porcentajes de certidumbre encontrados en la Clínica de Salud Mental se relacionen con las internaciones prolongadas que allí se desarrollan, según lo que hemos podido conocer a través de conversaciones cualitativas con algunas de las trabajadoras. En el caso de las enfermeras, su trato con las personas internadas implican tareas rutinarias tales como gestionar su higiene personal diaria, cuidar sus desplazamientos por las instalaciones, prepararlos para dormir, para comer, brindarles la medicación en los horarios indicados, entre otras. Para las mucamas, las actividades de aseo también están altamente planificadas: están asignadas a sectores específicos y con frecuencia diaria deben higienizar los mismos lugares (siguiendo horarios estrictos para su desarrollo).

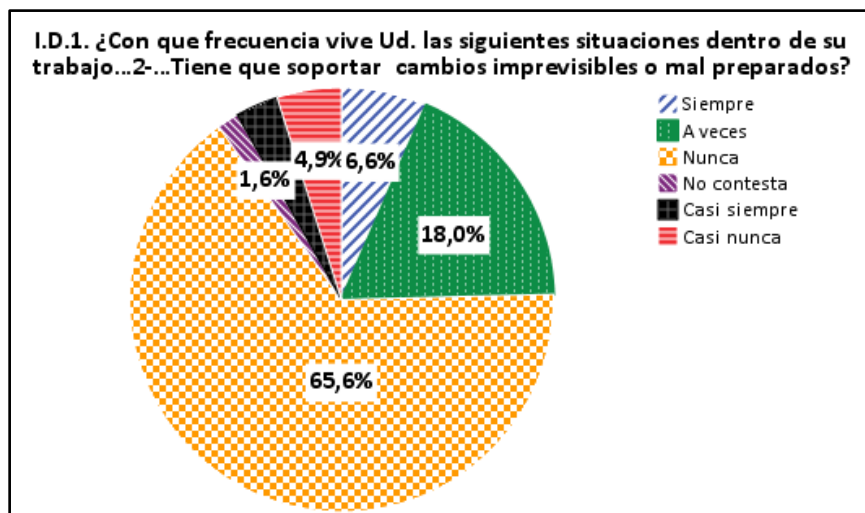
Como vemos, en todos los casos se trata de actividades altamente rutinarias, lo cual constituye un rasgo distintivo del denominado *trabajo de cuidado*. Asimismo, el trabajo en sector salud implica el seguimiento de protocolos (procedimientos de atención que orientan la labor diaria) que también llevan a una sensación de estabilidad para las trabajadoras.

Y si bien siempre existe la posibilidad de que sucedan eventos imprevistos, en general este cuadro descripto implica una certidumbre bastante alta sobre la estructuración que tienen las jornadas de estas trabajadoras en la Clínica de Salud Mental. Como mencionamos antes, esto contrasta con los hallazgos en una Clínica Generalista (Neffa y Henry, 2018), donde la entrada y salida permanente de usuarios, las emergencias y la gran amplitud de servicios médicos brindados (ambulatorios y de internación) hacían difícil para gran parte de los y las trabajadoras encuestados saber cómo iban a ser sus tareas en el mediano plazo.

Como último aspecto referido a este eje de RPST, en la encuesta se preguntó a las trabajadoras con qué frecuencia tenían que soportar cambios imprevisibles o mal preparados.

I.D.1. ¿Con que frecuencia vive Ud. las siguientes situaciones dentro de su trabajo...2...Tiene que soportar cambios imprevisibles o mal preparados?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	4	6,6
Casi siempre	2	3,3
A veces	11	18,0
Casi nunca	3	4,9
Nunca	40	65,6
No contesta	1	1,6
Total	61	100,0



Los datos muestran que los cambios imprevisibles o mal preparados son un fenómeno poco frecuente, dado que 70,5% de las encuestadas indicaron que “nunca” y “casi nunca” suceden. Como posibles

explicaciones podemos sugerir dos hipótesis: la primera, es que existe una comunicación interna que evita cambios súbitos y que la organización del trabajo favorece la introducción paulatina de modificaciones; segundo, que estos cambios súbitos no suceden debido a la naturaleza rutinaria y habitual de muchas de las actividades realizadas en la Clínica de Salud Mental, a las que aludíamos más arriba, y que no brindan mucho margen de variación.

8.3. Balance y síntesis de los hallazgos

Como se explicó al inicio de este capítulo, el factor de riesgo psicosocial bajo análisis abarca dos grandes dimensiones: por un lado, la inseguridad socioeconómica y, por otro, los cambios no controlados de la tarea y de las condiciones de trabajo.

La primera dimensión referida a la inseguridad socioeconómica, parece no presentar un problema para las trabajadoras encuestadas. En este sentido, el 95,2% indicó poseer un "empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente". Luego, indagando en el terreno de las percepciones sobre la estabilidad laboral, un 85,7 dijo no tener temor a perder su empleo el año siguiente. Asimismo, casi tres cuartos indicó que "no" le sería fácil encontrar un trabajo con un salario o sueldo similar si renunciara o fuera despedido de su empleo actual.

En cuanto a su trayectoria y carrera laboral, las encuestadas en su gran mayoría (81%) dijeron que "sí" se sentían capaces de continuar trabajando en su puesto hasta el momento de su jubilación. Luego, también se les consultó sobre el "deseo" de continuar haciendo su trabajo actual hasta la jubilación. El porcentaje de quienes efectivamente "deseaban" hacerlo fue bastante alto, alcanzando una cifra del 79,4%. Se refleja en esta respuesta un balance positivo que las encuestadas hacen sobre su situación laboral objetiva y un deseo por continuar haciendo lo que hacen, probablemente sostenida por la firme creencia en utilidad social de las tareas que realizan y también debido a la estabilidad de los contratos (que desalienta la búsqueda de otro empleo, en un contexto de deterioro del mercado laboral).

Un aspecto donde los datos señalan un primer problema está referido a las escasas posibilidades que tienen las trabajadoras de beneficiarse con una carrera dentro de la organización. Como se expuso, alrededor de dos tercios de las encuestadas percibían como escasísimas las posibilidades de crecer profesionalmente en la Clínica de Salud Mental a pesar de todos los esfuerzos realizados. A largo plazo, esta situación genera una pérdida de motivación, de sentido del trabajo y la sensación de “estancamiento”.

En cuanto a la segunda dimensión, referida a los cambios no controlados de la tarea y de las condiciones de trabajo, de los datos se desprende que un cuarto de las encuestadas ha vivido grandes modificaciones en su entorno de trabajo en los últimos doce meses. A las trabajadoras que expresaron haber atravesado dichos cambios (16 casos), se les consultó en la encuesta cómo los vivieron. Al respecto, los datos indican que fueron sobrellevados satisfactoriamente por la mayoría.

En términos generales puede visualizarse que la información sobre esos cambios fue suficiente para la mitad de esas trabajadoras (8 encuestadas) y que en la misma proporción “siempre” y “casi siempre” realizaron consultas a sus superiores mientras sucedían esos cambios. Esto denotaría cierta inquietud e iniciativa personal por averiguar los objetivos de dichos cambios y la forma de ponerlos en práctica.

También se consultó a todas las encuestadas con qué frecuencia sabían de antemano qué tareas debían hacer el mes siguiente. Aquí los datos fueron interesantes porque se detectó una alta previsibilidad: casi tres cuartos de las trabajadoras manifestaron tener certeza respecto a las tareas deberán hacer el mes siguiente. En igual sentido, los datos muestran con mucha contundencia que los cambios imprevisibles o mal preparados son poco frecuentes, dado que 70,5% indicaron que “Nunca” y “Casi nunca” suceden. Una posible interpretación a estos datos es que la naturaleza rutinaria de muchas de las actividades realizadas en la Clínica de Salud Mental, que no permiten mucho margen de variación. La internación de personas durante periodos prolongados, en general implica una serie de acciones preestablecidas vinculadas al cuidado que establecen un horizonte de trabajo bastante estable. Asimismo, existen protocolos médicos que deben ser respetados y que demarcan actividades previsibles en la atención a los mismos.

Referencias bibliográficas

- 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), pp. 11-35.
- Buendía, J. (1990). “Psicopatología del desempleo”. *Anales de Psicología*, 6 (1), pp. 21-36.
- Castel, R. (1995). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- Gollac, M. (2011) (coord.) *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Paris.
- Henry, M. L. (2010). “Contingencias e inseguridades en los empleos flexibles. La situación de trabajo de los periodistas colaboradores de la prensa escrita”. En Del Bono, A. y Quaranta, G. (comp.) *Convivir con la incertidumbre: aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS.
- Longo, J. y Busso, M. (2017) “Precariedades: Sus heterogeneidades e implicancias en el empleo de los jóvenes en Argentina”. *Estudios del trabajo*, nro. 53.
- Neffa, J. C. (2015) Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio. CABA: CEIL del CONICET; Corrientes: UNNE, Fac. de Cs, Económicas; La Plata: UNLP, Fac. de Cs. Económicas; Moreno: Universidad Nac. de Moreno; CABA: UMET- CITRA.
- Neffa, J. C. y Henry, M. L. (2018) (coord.). *¿Quién cuida a los que cuidan? Los riesgos psicosociales en el trabajo en los establecimientos privados de salud*. La Plata: Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Investigaciones Administrativas.
- Neffa, J.C. (2010) (coord.) *La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/ empleos precarios y los no registrados*. Buenos Aires: CEIL.
- Paugam S. (2000). *Le salaríe de la précarité*. Paris: Fayard.
- 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”. *Salud Colectiva*, 12(2), pp. 221-238.

Pok, C. (1992) *Precariedad laboral: personificaciones sociales en la frontera de la estructura del empleo*. Lima: Seminario Interamericano de Medición del Sector Informal.

Rubio Arribas, F.J. (2009). "Aspectos sociológicos del desempleo/paro y de la precariedad laboral". *Nómadas.Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, vol. 24, núm. 4.

Conclusiones

Ezequiel Alustiza, Cecilia Bostal, Julieta Cassini, Patricia Galeano,
María Laura Henry, Soffa Malleville, Julio C. Neffa y Paula Ruiz

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, hacer esfuerzos con su cuerpo, poner en práctica su educación y su formación profesional y movilizar sus capacidades psíquicas y mentales para resolver problemas y hacer frente a los incidentes que surgen habitualmente en el trabajo. Toda esa actividad desarrollada está en el origen de la fatiga y lesiones que experimenta su cuerpo, así como también en las situaciones de sufrimiento que padecen. Este último factor, en particular, los/as predispone a ser víctima 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 abarca estas tres dimensiones del ser humano -física, mental y psíquica- para así poder responder a los desafíos en materia de salud laboral que estos tiempos plantean. Al respecto, dentro del actual contexto socioeconómico podemos destacar que, debido al cambio de los sistemas productivos, al uso creciente de tecnologías y a la intensidad del trabajo exigida por una competencia exacerbada, la actividad laboral implica una proporción cada vez menor de carga física de trabajo y 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) y tal como muestra la investigación presentada en este libro, es al interior de estas actividades de servicios donde se evidencian con mayor magnitud la carga psíquica y la carga mental generadas por el contenido y la organización del proceso de trabajo.

El estudio realizado en la Clínica de Salud Mental nos ha permitido identificar una serie de cuestiones que ilustran con mucha claridad 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 través del análisis del primer eje de RPST hemos encontrado que el trabajo en la Clínica de Salud Mental es intenso, en términos de la cantidad de tareas a realizar durante la jornada. Asimismo, las trabajadoras tienen una carga horaria prolongada, habiéndose detectado que más del 90% trabaja 45 o más horas en la semana y que también más del 90% trabaja 6 o más días de la semana. Todo esto supone un desgaste importante y escaso tiempo para el reposo y la recuperación de la fatiga. En lo referente al uso del tiempo de trabajo, las trabajadoras disponen de reducida autonomía en su manejo, ya que el mismo está definido unilateralmente por la organización empleadora, la cual establece turnos y horarios rígidos de funcionamiento.

Los datos también han mostrado que las tareas que se llevan a cabo en la clínica provocan una elevada carga física, pues exigen a las trabajadoras hacer gestos y adoptar posturas que generan fatiga y dolores. La carga mental también es elevada, dado que deben estar todo el tiempo concentradas y muy atentas al suministro de medicamentos, a los comportamientos de las personas a su cuidado y al tipo de tratamientos que deben llevar adelante (horarios, dosis, etc.).

En este marco, es comprensible que se haya constatado una cifra nada desdeñable referida al consumo de medicamentos y calmantes, probablemente derivado de que las demandas psicológicas son fuertes, los esfuerzos físicos son constantes y los horarios de trabajo son prolongados, todo lo cual provoca normalmente sufrimientos y dolores que tratan de compensar por ese medio.

Las condiciones y medio ambiente de trabajo y los factores de riesgo psicosociales en el trabajo que percibe el personal de la clínica influyen directamente su salud, pero también la calidad de los cuidados y de las relaciones con los colegas y la jerarquía. Todavía no se ha constituido el Comité Mixto de Salud Seguridad y Condiciones de Trabajo en la Clínica, cuya implementación probablemente podría visibilizar estos problemas y permitiría discutir medidas concretas que ayuden a reducir su incidencia.

Considerando el segundo eje de RPST, referido a los factores asociados a las exigencias emocionales en el trabajo, podemos destacar que la característica de *invisibilidad* del trabajo de cuidado constituye un riesgo psicosocial para las trabajadoras que realizan estas actividades. Esto es así, en tanto dificulta el reconocimiento por parte de los otros (superiores, trabajadoras/es de otros agrupamientos laborales, pacientes, familiares), y resulta un obstáculo para que las mismas trabajadoras reconozcan el trabajo emocional al que están expuestas. Además, el carácter invisible de ciertos aspectos del trabajo del cuidado, obstaculiza el aporte de medidas preventivas y soluciones acertadas en caso de que se exprese malestar y padecimiento en el trabajo.

Según se pudo observar, el conjunto de las trabajadoras de la Clínica de Salud Mental (93,5%) está en contacto directo con el público y prácticamente su totalidad lo hace cara a cara (98,3%). Esta situación por sí sola determina que las trabajadoras estén expuestas a altas exigencias emocionales, pues supone demandas de control sobre la ideación, el sentir y la expresión de las opiniones y emociones.

A su vez, las tareas en salud mental para quienes están en contacto directo con pacientes y/o familiares exigen maniobras emocionales diferentes, pues requiere estar en contacto directo con el sufrimiento, la angustia y en ocasiones intervenir en crisis agudas. En este sentido, es fundamental contar con protocolos de atención en crisis, además de la cantidad de profesionales requeridos para dichas intervenciones. Estos protocolos dan un marco a las acciones y decisiones que deben tomar quienes se encuentran frente a las crisis agudas en salud mental, a la vez que brindan protección legal en el accionar. Hay que resaltar que una gran proporción de lo que las trabajadoras enumeran como accidentes de trabajo, se relaciona con la atención en crisis y la falta de abordaje posterior.

Se subraya que la mitad de las mujeres entrevistadas expresa que sufre situaciones de tensión en su trabajo. La tensión tiene su correlato y expresión a nivel físico y psíquico, y la exposición constante se manifiesta como fatiga crónica, cansancio mental, malestar en las relaciones interpersonales, etc. Es preocupante que el 60 % de las mujeres entrevistadas expresa que desde que ingresó sufre o padece enfermedades o molestias relacionadas con su trabajo y muchas de ellas mencionan el cansancio mental y el stress.

Se pudo saber que el 84,1% de las trabajadoras están en contacto con personas angustiadas y el 87,3% debe calmar personas angustiadas, coléricas o preocupadas. En este punto surge notablemente la distinción entre estar en contacto con la angustia y tener que realizar la operación de calmar personas angustiadas, coléricas o preocupadas. Son necesarias maniobras diferentes en cada una de las situaciones y resultaría interesante en próximos estudios abordar la naturaleza de dichas maniobras. Objetivarlas, compartirlas colectivamente pueden enriquecer el cúmulo de saberes sobre el trabajo de cuidado a la vez que brinden herramientas para disminuir los posibles impactos.

El trabajo emocional que realizan las trabajadoras sobre sus pensamientos, emociones y la expresividad de las mismas, se ve claramente expuesto en sus vivencias de control sobre sus opiniones y del miedo generado por las situaciones de trabajo. El 60,4% manifiesta tener que evitar dar su opinión dentro de su trabajo, y el 32,8% experimenta la vivencia emocional de sentir miedo.

Esta investigación pone de manifiesto que la naturaleza del trabajo en salud es siempre relacional, es trabajo vivo en acto. Como tal, requiere de las movilizaciones subjetivas de las trabajadoras, de su ingenio, deseo y compromiso, para hacer frente a la organización del trabajo (Dejours, 2013). Como un trabajo artesanal, quienes trabajan van diseñando el cuidado en los encuentros con otros pares, con los pacientes, con los equipamientos e instrumentos, las normas y protocolos, los saberes aprehendidos, las experiencias vividas, etc. Por este motivo, es valioso subrayar que gran parte de las personas encuestadas consideran que su trabajo es valioso y de gran utilidad social. Este es un elemento crucial a la hora de pensar estrategias para afrontar la organización del trabajo y la prevención y/o abordaje del padecimiento en el trabajo.

El análisis del tercer eje, referido a la autonomía y el margen de maniobra de las trabajadoras, nos permitió distinguir en la organización del proceso de trabajo aspectos que, de ser atendidos, disminuirían la exposición a factores de RPST. En primera instancia, las trabajadoras de la Clínica de Salud Mental requerirían mayor posibilidad de adaptar los horarios de trabajo y tiempo de descanso. Se observó que el 95,3% manifestó que sus horarios de trabajo están definidos por la organización en forma estricta y el 90,5% trabaja 45 o más horas semanalmente, como se dijo anteriormente. Esto acota determinadamente sus lapsos de tiempo para

llevar adelante actividades del ámbito personal o recreativo que les permitan recuperarse.

En segundo lugar, se necesitaría identificar los conocimientos teóricos o prácticos faltantes e impulsar acciones y talleres conducentes a generar más profesionalidad, ya que el 54% de las trabajadoras siente que le faltan conocimientos y competencias para realizar correctamente el trabajo. Ello disminuiría la exposición a ese factor de RPST e incrementaría la calidad de los servicios brindados a los usuarios de la clínica.

En tercera instancia, se requeriría una disminución de la carga de trabajo del 22,2% de las trabajadoras que siempre, o casi siempre, tienen que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien. Ello mejoraría la calidad de los servicios prestados y daría lugar a margen de maniobra, en cambio actualmente dichas trabajadoras deben optar por el procedimiento que demanda menos tiempo.

Finalmente, a partir del análisis de este tercer eje, se recomienda indagar por qué 7 trabajadoras (11%) indicaron que “una o varias personas de la empresa le impiden expresarse o hablar” y cómo evitarlo porque éste es un derecho elemental, indispensable para que el colectivo de trabajo tenga una dinámica armónica, e incrementa además la exposición a factores de RPST.

El análisis del cuarto eje, referente a las relaciones sociales en la clínica, se realizó tomando en cuenta el vínculo de las trabajadoras con sus superiores, con la organización empleadora, con sus compañeras o colegas, e indagando en las posibles situaciones de violencia en el lugar de trabajo.

Como mencionamos oportunamente, las características que asumen los vínculos con los superiores están relacionadas con distintos elementos presentes en la Clínica de Salud Mental, como la superposición de jefaturas, el tamaño relativamente pequeño de la organización que permite la configuración de relaciones de mayor cercanía personal así como también las especificidades de la práctica de cuidado que generalmente implican tareas fuertemente estandarizadas y a la vez el reconocimiento de las particularidades y necesidades de cada caso. De esta forma, las relaciones entre trabajadoras y superiores no son homogéneas, encontramos opiniones disímiles respecto al apoyo técnico

brindado frente a situaciones delicadas o complejas. A su vez, gran parte de las encuestadas plantea que son pocas las ocasiones de desacuerdo con sus superiores, pero que 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, y de relaciones que pueden significar aspectos positivos en la vida laboral de las trabajadoras, en donde cuentan con sus compañeras para realizar sus labores, pueden resolver los desacuerdos mediante el diálogo, se sienten respetadas por sus colegas y consideran que forman parte de un equipo de trabajo.

Al analizar la relación con la organización empleadora, pudimos ver que los salarios de las trabajadoras 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. A su vez, encontramos que las trabajadoras cuentan con pocas expectativas de promoción o de ser ascendidas.

Por último, en este cuarto eje observamos la presencia de situaciones de violencia laboral en la institución, favorecidas principalmente por la forma en que se organiza el trabajo y las características del mismo en la clínica bajo estudio. Encontramos que los hechos de violencia simbólica eran atribuidos principalmente a personas que integran la organización, lo cual abre el interrogante sobre la coexistencia de estas situaciones con relaciones cordiales entre pares y con superiores, y que los sucesos de agresión física o verbal son atribuidos mayormente a los usuarios o familiares y allegados de los mismos.

Consideramos que el reconocimiento de las situaciones por las que están atravesando las personas internadas y sus familiares permite matizar el peso de estos episodios de agresión, lo cual no invalida que los mismos generen sentimientos de temor y/o incertidumbre en las trabajadoras. La violencia en el espacio de trabajo, especialmente sufrida por las trabajadoras mujeres, es una temática que comienza a cobrar fuerza en los estudios laborales y que sería interesante continuar profundizando.

Por otro lado, el análisis de los resultados también nos permitió ver la existencia de factores asociados al quinto eje de RPST, referido a “conflictos éticos y de valores”. Observamos que la mitad de quienes

fueron encuestadas afirman que requerirían de más tiempo y cuidado para realizar correctamente sus tareas. Sería importante determinar qué puestos son los que necesitan más tiempo para realizar las tareas. De modo general, no es lo mismo no contar con tiempo suficiente para la atención y curación de pacientes que para un trabajo administrativo. Estar en contacto con personas presenta mayores exigencias debido a las maniobras emocionales que deben realizarse y de allí que deban establecerse otras medidas para proteger la salud. También, consideramos que hay indicadores de “sufrimiento ético” en tanto un número importante de trabajadoras señala que ha tenido que hacer cosas con las cuales no está de acuerdo y/o realizar acciones que desaprueba. Es importante detenerse en estos aspectos ya que pueden prevenirse o atenuar posibles daños y psicopatologías asociadas al trabajo.

Como se mencionó antes, los resultados también hablan sobre comportamientos agresivos en la organización. Casos 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 vivenciadas con usuarios/as. Mientras que el ninguneo, el silenciamiento, la crítica injusta y el sabotaje son propias de situaciones con personas de la organización. Hay elementos que favorecen la emergencia de los aspectos agresivos en el trabajo, profundizar en el estudio de la organización del trabajo y de cómo se tramita la brecha entre trabajo real y trabajo prescripto podría ser una de las vías posibles en la resolución de esta problemática.

Creemos que es fundamental tener en cuenta que la organización se inserta en el sector denominado “salud mental”. Debido a esto, la clínica y los procesos de trabajo que se llevan a cabo en su interior están atravesados discursivamente por ordenamientos legales tanto nacionales como provinciales. En las grandes discrepancias entre lo prescriptivo y lo real, se pueden localizar aspectos que se centran en el núcleo del sufrimiento ético y en lo anteriormente nombrado respecto de la violencia en el trabajo.

Otro aspecto a tener en cuenta es que entre las trabajadoras persiste la figura del “paciente-usuario-cliente”, propia del sector privado de salud. Esta abre paso a otras consideraciones en la ética de los trabajos del cuidado. De la misma manera, resaltamos la importancia de un análisis

donde se comprendan las particularidades del caso y las singularidades de las trabajadoras en tanto sujetos de derechos.

Por último, en lo referente a este eje sobre “conflictos éticos y de valores”, resaltamos que las personas encuestadas de manera amplia invisten a su trabajo de sentimientos positivos como orgullo o utilidad. Este es un elemento central a la hora de pensar vías que potencien el sentido del trabajo y que puedan conducir a debilitar factores de padecimiento en el trabajo.

En relación al sexto eje de RPST, se han analizado dos aspectos: el grado de seguridad en el empleo y el grado de seguridad en la situación de trabajo (previsibilidad en las tareas a desarrollar). La primera dimensión referida a la inseguridad socioeconómica, parece no presentar un problema para las trabajadoras encuestadas. En este sentido, el 95,2% indicó poseer un "empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente". Luego, indagando en el terreno de las percepciones sobre la estabilidad laboral, un 85,7 dijo no tener temor a perder su empleo el año siguiente. Este último dato debe ser comprendido en un contexto (fines de 2017 y principios de 2018), donde no se percibía aún con toda contundencia los efectos de la actual crisis económica de nuestro país. Probablemente hoy los datos serían diferentes, y no debe descartarse la existencia de un temor a perder el trabajo entre las trabajadoras y el sufrimiento que ello acarrea.

También, se consultó a todas las encuestadas con qué frecuencia sabían de antemano qué tareas debían hacer el mes siguiente. Aquí los datos fueron interesantes porque se detectó una alta previsibilidad: casi tres cuartos de las trabajadoras manifestaron tener certeza respecto a las tareas deberán hacer el mes siguiente. En igual sentido, los datos muestran con mucha contundencia que los cambios imprevisibles o mal preparados son poco frecuentes, dado que 70,5% indicaron que “nunca” y “casi nunca” suceden.

Una posible interpretación a estos datos es la naturaleza rutinaria de muchas de las actividades realizadas en la Clínica de Salud Mental, que no permiten mucho margen de variación. La internación de personas durante periodos prolongados, en general implica una serie de acciones preestablecidas vinculadas al cuidado que establecen un horizonte de trabajo bastante estable. Asimismo, existen protocolos médicos que

deben ser respetados y que demarcan actividades previsibles en la atención a los mismos.

* * * * *

La síntesis que hasta aquí hemos expuesto sobre los datos encontrados en la Clínica de Salud Mental muestra que existe una amplia variedad de problemas que deberían ser objeto de atención. Como decíamos antes, la variable determinante de los mismos es esencialmente el contenido y la organización del proceso de trabajo. De esta manera, nuestro enfoque toma distancia de las explicaciones individualizadoras sobre los padecimientos en el trabajo, que hacen recaer sobre el/la trabajador/a la responsabilidad (ya sea por “problemas psíquicos o personales” o por una supuesta “incapacidad de adaptarse” a las exigencias laborales). Es por ello que, a lo largo de esta publicación, hemos intentado mostrar de qué forma el problema de los riesgos psicosociales tiene una dimensión eminentemente colectiva, donde lo subjetivo es una expresión de procesos más amplios y de condiciones de trabajo defectuosas.

Esta afirmación abre una serie de desafíos e interrogantes a quienes estudian o intervienen en los temas de salud laboral (sindicatos, empleadores, investigadores, consultores), cuyos principales ejes listamos a continuación:

- hacer visible los RPST, porque han sido ocultados, naturalizados, invisibilizados, subestimados o negados para reducir los costos de su prevención y se los ha excluido de los listados de enfermedades reconocidas por la legislación del trabajo (LRT)
- mostrar que los RPST son problemas colectivos y no individuales, que son provocados por el contenido y la organización del proceso de trabajo y la forma adoptada por la relación salarial,
- sostener que los RPST no son una fatalidad porque la prevención es posible y necesaria,
- evitar buscar 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 y tratar de cambiar el contenido y la organización del proceso de trabajo, para “humanizarlo”, como ya lo propuso la OIT ¡en 1974!

La garantía para que se identifiquen esos problemas, es que se asegure la libertad de expresión y se escuche a los trabajadores que padecen los RPST, a fin de que sus representantes tengan la posibilidad de participar, por medio de Comités Mixtos de Salud, Seguridad y Condiciones de Trabajo, en medidas de prevención. La Ley 14.408 de la legislatura de la provincia de Buenos Aires, instituyó los Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo, pero 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, que esté dirigido al conjunto del personal de las empresas u organizaciones.

Queda por delante una inmensa tarea: la de elaborar una política de Estado, consistente en un programa específico de prevención de los RPST, partiendo de los diagnósticos brindados por estudios e investigaciones pluridisciplinarias, promovido con participación 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 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, la ratificación de los convenios y recomendaciones de la OIT, la adecuación de la legislación y su efectivo cumplimiento constituyen una prioridad. Queda la expectativa de que en el corto o mediano plazo estas medidas sean una realidad en nuestro país.

La investigación aquí presentada se enmarca en el campo de los estudios sobre salud laboral y toma como objeto de reflexión los denominados **Riesgos Psicosociales en el Trabajo** (RPST), con el fin de examinar sus causas, sus condiciones de aparición y las vías para detectarlos y prevenirlos. Son muchas las modalidades que adopta el sufrimiento generado por los RPST, vivido y percibido como algo diferente al dolor y a las lesiones provocadas por los riesgos “tradicionales” (físicos, químicos, biológicos). Sin embargo, los RPST constituyen problemas que permanecen en gran parte invisibilizados: en Argentina, por ejemplo, no son reconocidos por las empresas u organizaciones ni por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo. De esta forma, estos riesgos quedan relegados al plano subjetivo e individual del trabajador, que generalmente es culpabilizado o estigmatizado por su “incapacidad de adaptación” al trabajo o su “debilidad psíquica”.

Como una forma de aportar a este campo de debate poco explorado en nuestro contexto local, en este libro se presentan los resultados de una investigación realizada en una clínica de salud mental privada. El objetivo fue realizar un diagnóstico de los RPST existentes en ese entorno laboral específico, tratando de identificar las causas, y los posibles impactos sobre la salud de los trabajadores y trabajadoras que allí se desempeñan. En términos conceptuales, se trata de un estudio realizado en un sector estratégico, en el que los RPST tienen especial prevalencia por el tipo de tareas que allí se realizan. Es frecuente que trabajadores y trabajadoras deban afrontar situaciones de angustia, que deban moldear y controlar las emociones y que sientan que las demandas de su trabajo movilizan tanto sus capacidades técnico-profesionales como sus habilidades relacionales y sociales.

Este estudio ha sido desarrollado por un equipo interdisciplinario, que desde hace varios años viene dedicándose al estudio de los riesgos psicosociales por medio de investigaciones empíricas en distintos espacios laborales, en una búsqueda persistente por conocer los alcances y variaciones de esta problemática. La presente publicación viene a sumarse a esa trayectoria colectiva de trabajo, exponiendo un estudio de caso cuyos resultados podrán ser extrapolados a organizaciones con características similares.

