

Salud y proceso de trabajo en actividades de servicios. Los riesgos psicosociales en una Clínica de Medicina Privada



Health and labour process in service activities. Psychosocial risks at work in a Private Medicine Clinic

Henry, María Laura; Malleville, Sofia

María Laura Henry mlaurahenry@gmail.com
Universidad Nacional de La Plata- Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación/Universidad Nacional de Moreno, Argentina
Sofía Malleville mallevillesofia@gmail.com
CONICET-Universidad Nacional de La Plata, Argentina

Cuestiones de sociología

Universidad Nacional de La Plata, Argentina
ISSN: 2346-8904
Periodicidad: Semestral
núm. 22, 2020
publicaciones@fahce.unlp.edu.ar

Recepción: 11 Octubre 2019
Aprobación: 13 Noviembre 2019

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/77/77994007/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.24215/23468904e094>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen: Este artículo aborda los renovados problemas de salud laboral que surgen como consecuencia de las reestructuraciones productivas, de las nuevas formas de gestión de la fuerza de trabajo y de la transición hacia una economía de servicios. De esta forma, en el escenario actual, además de los riesgos tradicionales (físicos, químicos, biológicos, tecnológicos), comienzan a emerger otros riesgos menos conocidos que afectan la salud psicosocial de los/as trabajadores/as con igual contundencia. El objetivo de este artículo es analizar los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST) a los que están expuestos los trabajadores de una Clínica de Medicina Privada, centrándonos específicamente en dos ejes que mostraron ser centrales durante la investigación: las exigencias emocionales y las relaciones sociales en el trabajo. Los datos fueron recolectados a través de una encuesta realizada a una muestra de trabajadores de la Clínica y con entrevistas a distintos informantes clave del ámbito bajo estudio (autoridades gremiales, delegados, jefa de recursos humanos). Los resultados muestran que los/as trabajadores/as de la Clínica efectivamente enfrentan altas exigencias emocionales, en dos planos principales: por un lado, por la permanente tarea de contener a pacientes y familiares en situación de angustia; por otro, por la necesidad de contener las reacciones negativas del público (enojo, agresión). Respecto de las relaciones sociales en el trabajo, se encontró que se configuran relaciones de trabajo exigentes y eventualmente conflictivas entre trabajadores/as y superiores, derivado de las exigencias que implica el trabajo en la Clínica y también por las históricas asimetrías entre categorías profesionales.

Palabras clave: Riesgos psicosociales en el trabajo, Servicios, Salud laboral, Proceso de trabajo.

Abstract: This article addresses the renewed occupational health problems that arise as a result of productive restructuring, the new forms of workforce management applied and the transition to a service economy. Thus, in the current scenario, in addition to the traditional occupational risks (physical, chemical, biological, technological), other less known risks emerge and affect the psychosocial health of workers with equal forcefulness. The objective of this article is to analyse the Psychosocial Risks at

Work to which the workers of a Private Medicine Clinic are exposed, focusing specifically on two of them that proved to be central during the investigation: emotional demands and the social relationships at work. The data was collected through a survey applied to a sample of workers and through interviews held with different key informants of the institution under study (union authorities, delegates, head of human resources). The results show that the workers of the Clinic effectively face high emotional demands, on two main aspects: on the one hand, due to the permanent task of containing patients and relatives in distress and pain, and on the other hand, due to the necessity of containing the negative reactions of the public (anger, aggression). Regarding the social relations at work, it was found at the Clinic the existence of demanding and possibly conflicting work relationships between workers and superiors, derived from the high work demands and also by the historical asymmetries between the professional categories.

Keywords: Psychosocial risks at work, Services, Occupational health, Labour process.

1. Introducción

La investigación sobre los riesgos y las enfermedades laborales es un área temática con plena vigencia en tanto el trabajo (y sus formas de ejercicio) constituye uno de los determinantes principales de la salud de la población. Por eso resulta importante seguir profundizando en este tipo de estudios, principalmente para dar cuenta de los renovados problemas que surgen como consecuencia de las reestructuraciones productivas, de las nuevas formas de gestión de la fuerza de trabajo y de la transición hacia una economía de los servicios. Particulares atenciones merecen los problemas ligados al plano psicosocial que se generan en los entornos de trabajo y que impactan sobre los trabajadores dañando su salud, causándoles sufrimiento y malestares de diversa índole.

En este artículo nos proponemos problematizar de qué manera la organización de los procesos de trabajo puede afectar la salud psicosocial (y no solo física) de los/as trabajadores/as en el sector servicios. En este marco general, el objetivo del artículo es analizar los Riesgos Psicosociales en el Trabajo (RPST) a los que están expuestos los trabajadores de una Clínica de Medicina Privada, centrándonos específicamente en dos ejes que mostraron ser centrales durante la investigación: las exigencias emocionales y las relaciones sociales en el trabajo.

Este trabajo es el resultado de un Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social llevado a cabo por un equipo interdisciplinario que, en la ciudad de La Plata, tuvo como organización adoptante a la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA LP)¹. La investigación se desarrolló durante el año 2016 en una Clínica de Medicina Privada² ubicada en dicha ciudad.

La estrategia metodológica se basó en la aplicación de una encuesta sobre RPST a una muestra de 80 personas sobre un total de 400 trabajadores/as de planta estable, excluyendo al personal que no está enmarcado en el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT 122/75). La selección de los casos fue no probabilística y se realizó atendiendo al proceso de trabajo de los distintos agrupamientos:

enfermeros/as, administrativos/as, técnicos/as, camilleros, personal de cocina, limpieza y mantenimiento. Además, se contemplaron los turnos —mañana, tarde y noche— y el área o el servicio de trabajo. La selección de los casos al interior de cada categoría se realizó de manera aleatoria.

El formulario utilizado contiene un espacio para “observaciones” del encuestador/a. Estos registros nos permitieron profundizar en algunos puntos sobre los cuales la encuesta, en un sentido clásico de su uso, se ve limitada. Asimismo, durante la investigación se concretaron reuniones y entrevistas con distintos actores relevantes (autoridades gremiales, delegados, jefa de recursos humanos) con vistas a coordinar de manera conjunta el trabajo de campo.

A continuación, desarrollaremos el enfoque teórico de la investigación para luego presentar los resultados encontrados.

2. Conceptualizaciones renovadas sobre la relación entre trabajo y salud: el enfoque de los RPST

2.1. El enfoque de los Riesgos Psicosociales en el Trabajo

Como explica Neffa (2015), los RPST existieron desde siempre, pero se intensificaron con la crisis de los años 1970, cuando se instauró un nuevo modo de desarrollo capitalista, vigente hasta hoy, el cual tiene una serie de características que impactan fuertemente sobre los/as trabajadores/as: la intensificación del trabajo, la desregulación de los vínculos, la flexibilización laboral, la búsqueda de reducir los salarios reales y los costos laborales y, fundamentalmente, la creación de valor incrementando el uso de las habilidades psíquicas, emocionales y cognitivas de los/as trabajadores/as.

En este marco, problemas como el estrés, las diversas modalidades de acoso, el *burnout*, la violencia física y verbal, la fatiga crónica, los trastornos del sueño, la depresión, las adicciones, entre otros, comenzaron a ser objeto de preocupación en el mundo del trabajo y estimularon la aparición de nuevas concepciones teóricas para analizar estas problemáticas. Además del dolor y los daños físicos que provocan las deficientes condiciones de trabajo, se toma cada vez más conciencia acerca del *sufrimiento* que provoca el nuevo paradigma productivo. Este fenómeno es de naturaleza distinta al dolor físico y repercute sobre lo más profundo del ser humano (Neffa, 2015, 2019).

El enfoque de los RPST constituye así una perspectiva innovadora sobre salud y riesgos del trabajo que se propone superar los enfoques tradicionales desde una visión ampliada y multidisciplinar. El punto de partida es que las tres dimensiones de los seres humanos —física, psíquica y mental— se movilizan en la situación de trabajo, están íntimamente relacionadas y deben funcionar de manera coherente y articulada para preservar la salud. Si durante la actividad de trabajo una de ellas es vulnerada el daño repercute sobre las otras, lo que genera sufrimiento además de dolor físico (Neffa, 2015).

Michel Gollac define los RPST como “los riesgos para la salud física, psíquica, mental y social de los trabajadores, que son generados por las condiciones y medio ambiente de trabajo susceptibles de interactuar con el funcionamiento psíquico y mental, con impactos sobre la organización o empresa donde éstos se desempeñan” (2011:31). A los fines de su estudio, Gollac ordena los diversos

factores de RPST en seis grandes ejes: i) el medio ambiente, la intensidad y el tiempo de trabajo; ii) las exigencias emocionales; iii) el grado y tipo de autonomía; iv) las relaciones sociales y relaciones de trabajo; v) los conflictos éticos y de valores; vi) el grado de seguridad y estabilidad de la situación de trabajo.

Es importante señalar que el enfoque de los RPST establece que la causa última y principal de estos riesgos psicosociales reside en la organización y contenido del proceso de trabajo (Neffa, 2015, 2019; Gollac, 2011), en su configuración específica. Así, desde este marco teórico se establece que *el trabajo en sí mismo no es patógeno*. Los problemas surgen cuando es deficiente su contenido y organización.

Esto implica tomar distancia de aquellos enfoques que individualizan los RPST y que hacen recaer en los/as trabajadores/as la responsabilidad o la reparación de estos daños (a través de terapias psicológicas, la psiquiatrización y/o el consumo de medicamentos de diversa índole), sin que se intervenga sobre las fuentes últimas de estos problemas.

De igual forma, este enfoque discute con aquellos abordajes tradicionales que tienden a la fragmentación analítica del problema, dado que evalúan los factores de riesgo del trabajo de forma aislada sin ver la interrelación entre ellos y en qué sentido son expresión de procesos más generales. Esta visión fragmentada invisibiliza los vínculos existentes entre los procesos que ocurren a nivel macro (los cambios en los modelos de acumulación y los usos de la fuerza de trabajo asociadas), a nivel meso (la organización del proceso de trabajo vigente en cada organización) y a nivel micro (los padecimientos y sufrimientos específicos que manifiestan los/as trabajadores/as). Sólo restituyendo la unidad analítica y los vínculos entre estos niveles es posible visualizar la dimensión colectiva inherente a los riesgos laborales. Como señala Laurell (1993), las formas concretas que tiene el capital para consumir la fuerza de trabajo se expresan en *patrones específicos de desgaste* que pueden detectarse a través de la frecuencia e incidencia que tienen ciertas patologías entre los/as trabajadores/as en un momento histórico dado.

A pesar de la creciente incidencia que tienen los RPST, en nuestro contexto local el grado de concientización sobre estos riesgos aún es escaso. En la legislación argentina ni siquiera son reconocidos como tales debido a una orientación cuestionable y un contenido insuficiente de la actual Ley de Riesgos del Trabajo, que parte de una orientación biologicista y apegada al plano físico en la evaluación de los riesgos del trabajo.

2.2. El estudio de los RPST en el sector servicios

La reflexión de los RPST merece una especial reflexión para las actividades de servicios, dada la importancia de este sector en el actual régimen de acumulación. En primer término resaltamos, siguiendo nuestro enfoque, que en el sector servicios el trabajo implica mucho más que la dimensión física del trabajador/a (acciones, gestos visibles). Fundamentalmente, la prestación de servicios demanda el uso de capacidades psíquicas y mentales (creatividad, emociones, aspectos éticos, comunicativos, cognitivos, etc.) que acrecientan la carga global de trabajo y que pueden resultar perjudiciales para los/as trabajadores/as.

En segundo término, es importante remarcar que los puestos en el sector servicios implican casi siempre la interacción directa con el público. Este rasgo constitutivo de los servicios ha llevado a algunos autores a plantear la existencia de

una relación productiva de tipo “triangular” que introduciría ciertas novedades dentro de la relación bilateral convencional entre empleador/a y trabajador/a, propia de otros sectores (Ughetto, 2006; Weller, 2012). Al respecto, la literatura que investiga estas cuestiones ha puesto en evidencia que la interacción con el público implica para los/as trabajadores/as gestionar sus estados de ánimo, desplegar las emociones “correctas” para generar una experiencia satisfactoria en el usuario y, en algunos casos, reprimir ciertos sentimientos (enojo, angustia, etc.), lo cual acrecienta la carga de trabajo.

Otro rasgo destacado de los trabajos de servicios es que se desarrollan en organizaciones que son intensivas en mano de obra. Tanto por lo señalado anteriormente, es decir, porque se requiere generalmente entablar un vínculo de proximidad con quienes consumen el servicio (clientes, usuario/as) como porque su correcta prestación depende de las habilidades y capacidades de los/as trabajadores/as, las cuales no siempre son estandarizables o posibles de ser reemplazadas por equipos y maquinarias. El efecto agregado es que las organizaciones de servicios, cuando alcanzan una cierta dimensión, cuentan en su interior con un plantel de trabajadores/as amplio, que debe trabajar de manera coordinada y establecer relaciones de trabajo que no siempre son sencillas ni están libres de problemas, como veremos más adelante.

Lo arriba señalado muestra la importancia de indagar en los riesgos psicosociales en el sector servicios y cuáles son los mecanismos bajo los cuales se presentan en estas actividades. En los próximos apartados analizaremos empíricamente estas problemáticas tomando como caso una Clínica de Medicina Privada.

3. Breve caracterización de la Clínica de Medicina Privada bajo estudio

La Clínica de Medicina Privada bajo estudio forma parte del sistema de salud argentino, el cual se caracteriza en la Argentina por su elevada fragmentación en términos espaciales, político-administrativos y financieros, tanto entre los distintos subsectores como hacia el interior de cada uno de ellos (Kessler, 2014; Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016). Las reformas estructurales llevadas a cabo durante la década del noventa profundizaron la lógica segmentada del sector y repercutieron en la gestión de los recursos humanos y en sus condiciones de trabajo. Al calor de las exigencias de calidad, productividad y reducción de costos, la tercerización de servicios y los procesos de acreditación y certificación, se extendieron diversas formas de flexibilización e intensificación del trabajo (Novick y Galin, 2003).

Específicamente, la clínica bajo estudio es una de las instituciones privadas con internación de mayor tamaño de la ciudad de La Plata y presenta una multiplicidad de servicios de baja, mediana y alta complejidad. Además, atiende a diversos usuarios que poseen obras sociales, medicina prepaga o bien cuentan con capacidad de pago. Por esta razón arriba a sus instalaciones un amplio abanico de usuarios con múltiples demandas, emociones y vivencias. A su vez, la institución se encuentra asociada a un Sistema de Gestión de Calidad que implementa estándares definidos por centros especializados en la normalización y la acreditación en salud. Mejorar la calidad de la atención y orientarse hacia el

cliente son objetivos centrales para posicionarse en un mercado de prestaciones cada vez más competitivo.

De esta forma, la organización del trabajo se configura, en primer lugar, en torno al usuario del servicio. Al tratarse de una institución de índole privada, el usuario se transforma en un cliente que demanda un servicio de calidad. La afluencia continua de público es un rasgo característico de la institución. Los ritmos y la intensidad del trabajo muchas veces se tornan apremiantes y, por ende, los tiempos de descanso y de recuperación se reducen: los entrevistados manifiestan “trabajar a cama caliente”. Por otro lado, la organización del trabajo también se encuentra mediada por las indicaciones de jefes y superiores, en sintonía con los requerimientos de las autoridades de la institución. Por ejemplo, mediante el control o seguimiento informatizado o bien a través de una serie de premios al presentismo.

Durante el estudio en la Clínica de Medicina Privada hallamos la presencia de diversos factores de riesgo psicosocial.³ Sin embargo, en este artículo vamos a centrarnos específicamente en dos de los ejes de RPST que emergieron con especial incidencia y que consideramos centrales para comprender cómo se trabaja en la Clínica: las exigencias emocionales y las relaciones sociales en el marco del trabajo.

4. Las exigencias emocionales como factor de riesgo psicosocial en el trabajo

¿Qué capacidades ponen en juego los/as trabajadores/as en la prestación de servicios y qué exigencias le implica? Como decíamos antes, la literatura que investiga estas cuestiones ha puesto en evidencia que la interacción con el público implica para los/as trabajadores/as un esfuerzo de control de sus emociones o, en otras palabras, un “trabajo emocional”.

Una conceptualización fundante sobre el trabajo emocional fue acuñada por Hochschild (2003) en su renombrada obra *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*, publicada originalmente en 1983. Para esta autora, el trabajo emocional tiene lugar cuando el puesto laboral incluye entre sus prescripciones algunas referidas a las emociones que la persona debe experimentar y expresar como parte de su trabajo. Esto requiere que “un individuo induzca o suprima sentimientos con el fin de mantener la apariencia externa que produce en otros el estado mental apropiado”, señala Hochschild (2003:7). Y seguidamente, agrega que “entre el trabajo físico y el emocional existe un aspecto común: el esfuerzo y el costo que implica para el individuo llevarlo adelante”.

En esta primera conceptualización, Hochschild también demarca la diferencia entre el control cotidiano de nuestras emociones y el trabajo emocional propiamente dicho. En este sentido, señala que no es un acto de la esfera privada sino que está sujeto al control directo de la organización que paga por su ejecución. En este sentido, las emociones se regulan en función de ciertas normas que no obedecen al criterio del trabajador/a sino que han sido establecidas desde la parte empleadora con el fin de maximizar las posibilidades de conseguir ciertos objetivos organizacionales (Hochschild, 2003). De manera similar, Ansoleaga y Toro (2014: 181) indican que “el concepto de trabajo emocional alude a la

exigencia explícita que hace el empleador al trabajador en cuanto al despliegue de una emoción adecuada para el cumplimiento de los fines organizacionales”.

Como puede verse, en estas definiciones se resalta que el trabajo emocional responde a demandas de la organización empleadora, la cual establece un conjunto de normas y estándares (más o menos explícito) sobre cómo deben comportarse los/as trabajadores/as en su interacción con el cliente o usuario/a.⁴

Al respecto, tal como sucede con las demandas físicas o mentales, un desarrollo prolongado e intenso del trabajo emocional puede llevar a los/as trabajadores/as a un deterioro de su salud psicosocial y a sufrir daños específicos. De esta forma, deviene un factor de riesgo, que se conceptualiza como *exigencia emocional* desde el enfoque de los RPST. Al respecto, Martínez Iñigo (2001) y Gracia *et al.* (2007) señalan que la existencia de exigencias emocionales aumenta las probabilidades de que los/as trabajadores/as sufran problemas como el *burnout*, procesos de extrañamientos del yo (el/la trabajador/a pierde la capacidad para distinguir cuándo está siendo él/ella mismo/a y cuándo está simulando), depresiones y somatizaciones físicas varias.

4.1. Las exigencias emocionales en la Clínica de Medicina Privada

En las actividades del sector salud, el trabajo emocional es un componente central porque estos servicios implican la realización de tareas de *cuidado*.⁵ Es decir, el trabajo conlleva una dimensión afectiva y práctica ligada a la atención, la asistencia y la conservación de otras personas. El cuidado de y la responsabilidad hacia pacientes, usuarios de servicios médicos, sus familiares, etc. moviliza entonces un trabajo psicológico y emocional referido a personas que están en situación de vulnerabilidad, con padecimientos y con su propio caudal de emociones que los/as trabajadores/as deben encauzar o neutralizar.

En cuanto a los datos arrojados por la investigación, en primer término, podemos señalar que en la Clínica de Medicina Privada se detectó un alto porcentaje de encuestados/as que, como parte de sus tareas habituales, está en relación directa con el público (alrededor del 80 %), ya sean pacientes o sus familiares. Por sí mismo, esto demanda a los/as trabajadores/as conductas específicas, expresiones acordes con los estándares de la organización y de su profesión.

Luego, la encuesta arrojó una serie de resultados que podemos sistematizar en dos grandes grupos de exigencias emocionales que enfrentan los/as trabajadores/as en la clínica: por un lado, exigencias vinculadas a contener a pacientes y familiares en situación de angustia y, por otro, exigencias vinculadas a contener las reacciones negativas del público (enojo, agresión).

Respecto de lo primero, el trato diario con población que sufre distintos problemas de salud se convierte en el punto de encuentro con múltiples formas de sufrimiento y en un lugar de escucha y de exposición de problemas privados de los pacientes y sus familias (Galeano y Ruiz (2017)). En la encuesta se abordó esta faceta del trabajo y se consultó a los/as encuestados/as si mientras trabajaban estaban en contacto con personas en situación de angustia. La mayoría, cuarenta y siete (47) respondieron que “sí”, veintiuno (21) dijeron que “a veces” y sólo doce (12) respondieron “no”.

Asimismo, se les preguntó a los/as encuestados/as si mientras trabajaban tenían que calmar a personas angustiadas, preocupadas, nerviosas y/o coléricas. Prácticamente la mitad —cuarenta y un casos (41)— respondieron afirmativamente, veinticuatro (24) indicaron que “a veces” y solo quince (15) dijeron que “no”.

Estos datos muestran que para la mayoría de los/as trabajadores/as las exigencias emocionales alcanzan un grado muy alto y que están permanentemente expuestos a ellas. En gran medida, ello deviene de la naturaleza de la tarea que realizan: construir confianza, mantener la compostura, alentar a las personas que se encuentran con problemas de salud y, por medio de gestos, palabras y acciones, sostener una tarea de cuidado de los pacientes. Todos estos aspectos son centrales para que los servicios de salud funcionen y, sin embargo, tienden a pasar inadvertidos para los administradores y supervisores. Constituye un trabajo invisibilizado, escasamente reconocido pero que presenta una vital importancia en este tipo de actividades. Que las organizaciones de salud funcionen y sigan (en el caso de ser privadas) generando ganancias depende centralmente de estas tareas invisibilizadas.

Otro grupo de exigencias vinculadas a lo emocional, que fueron detectadas en la organización bajo estudio, se refieren a contener las reacciones negativas del público. A menudo, los procedimientos sanitarios (e incluso los trámites) que se gestionan en la clínica implican recursos vitales para los receptores. Y esto puede dar lugar a tensiones e incluso confrontaciones en la relación entre, por un lado, los/as trabajadores/as y, por otro, los pacientes y sus familiares. Esto sucede, por ejemplo, cuando estos últimos se encuentran bajo desesperación en situaciones de urgencias (accidentes, descompensaciones), en el marco de enfermedades complejas que generan gran sufrimiento y sensaciones de frustración —la cual es descargada sobre los/as trabajadores/as—, o cuando se necesita con celeridad algún procedimiento sanitario que se demora por cuestiones operativas o administrativas (indicaciones confusas, errores de coordinación, obstáculos burocráticos, etc.).

Al respecto, en la encuesta se les preguntó a los/as trabajadores/as si sufrían situaciones de tensión en sus relaciones con el público. Si sumamos las respuestas “siempre”, “casi siempre” y “a veces”, encontramos que esto les ocurría a treinta (30) encuestados/as. Es decir, aproximadamente la mitad debían afrontar este tipo de problema con cierta recurrencia (por el contrario, veinticinco indicaron que “nunca” y “casi nunca” tenían estas experiencias).

¿A qué se refieren concretamente los encuestados/as cuando dicen que deben afrontar situaciones de tensión con el público? Según nuestro trabajo de campo, este fenómeno se expresa cotidianamente en los lugares de atención por medio de actitudes de impaciencia, reclamos por parte del público y, en casos extremos, por medio de agresiones verbales o físicas. Y cuando ocurren estos hechos, la regulación de las propias emociones puede volverse una exigencia muy fuerte para los/as trabajadores/as. Frente a esas situaciones de tensión, no pueden reaccionar de cualquier manera sino que deben “contenerse” y respetar las prescripciones organizacionales que les exigen mostrar amabilidad, disponibilidad y pleitesía ante el público, aun cuando exista una interpelación agresiva.

Los datos de la encuesta muestran que los/as trabajadores/as efectivamente sobrellevan una serie de exigencias emocionales ligadas a gestionar sus estados

de ánimo y producir emociones correctas para interactuar con pacientes y sus familiares. Al respecto, se les consultó con qué frecuencia debían esconder sus emociones o fingir estar de buen humor. Veintisiete (27) indicaron que “siempre” y “casi siempre” vivían estas situaciones, mientras que treinta y tres (33) respondieron “a veces”. Solo veinte (20) casos indicaron que “nunca” o “casi nunca” afrontaban este tipo de circunstancias.

De forma agregada, entonces (si sumamos “siempre”, “casi siempre” y “a veces”), tres cuartos de los/as trabajadores/as deben esconder sus emociones o fingir estar de buen humor con cierta recurrencia.

Los datos aquí expuestos deben ser interpretados a la luz de un proceso de trabajo que, como decíamos antes, tiene como objeto algo tan sensible como la vida humana y el bienestar de las personas. Así, en un contexto donde el sufrimiento, el dolor, el enojo, la angustia e incluso la muerte son aspectos recurrentes del proceso de trabajo, es esperable que las exigencias emocionales alcancen un nivel altísimo para los/as trabajadores/as.

5. Las relaciones sociales en el trabajo como factor de riesgo psicosocial

En los últimos años, la pregunta por las características que asumen los vínculos sociales en las sociedades contemporáneas ha sido objeto de números estudios. Entre quienes se especializan en el mundo del trabajo encontramos los aportes teóricos de Serge Paugam (2012). Según este autor, podemos definir los vínculos sociales a partir de dos dimensiones centrales: la protección y el reconocimiento. La primera puede sintetizarse en la frase “contar con”, es decir aquellos recursos y/o soportes con los que cuenta el individuo. En segundo lugar, el “contar para” supone la interacción social, en la que el individuo da cuenta de su existencia a través de la mirada de otro/s. Además, todo vínculo posee un componente afectivo que lo refuerza.

Respecto de las implicancias que la desestabilización de la sociedad salarial tuvo en el mundo del trabajo, Castel (1997) y Paugam (2015) advierten que dichas transformaciones no sólo tuvieron impacto en las formas de contratación sino también en el trabajo en un sentido amplio, es decir entendiéndolo como una dimensión central de la actividad humana, donde se generan lazos e integración social. Desde esta mirada, la precariedad puede manifestarse en las condiciones de empleo, pero también en las condiciones de trabajo; por ejemplo, cuando el/la trabajador/a siente que sus tareas son débilmente reconocidas o bien percibe que se encuentra mal retribuido respecto de los esfuerzos que realiza. Si el asalariado no recibe el debido reconocimiento —material y simbólico— puede sentirse insatisfecho, experimentar episodios de sufrimiento psíquico y mental, debilitar los lazos de pertenencia al colectivo, entre otras situaciones (Neffa, 2010). Asimismo, analizar las formas que asumen los vínculos cotidianos en el marco de su trabajo nos permite indagar sobre otras dimensiones de la experiencia, profundizar en el bienestar y el malestar en el trabajo e ir más allá de las dimensiones ligadas al empleo.

Centrándonos en nuestro caso, para realizar las tareas cotidianas en la Clínica de Medicina Privada se deben movilizar conocimientos adquiridos mediante la formación y la práctica cotidiana, pero también se juegan otras dimensiones

afectivas y relacionales. Como señalamos anteriormente, las personas encuestadas señalaron que ejercen un control permanente sobre la emocionalidad propia y ajena. En este sentido, las instituciones de salud pueden definirse como un microcosmos pluricultural donde grupos muy diversos trabajan en relación de interdependencia profesional y en cercanía corporal con los usuarios (Beliera, 2017). La colaboración y la comunicación entre las distintas categorías reviste un aspecto fundamental para el desarrollo de las actividades cotidianas de la clínica.

Teniendo en cuenta estas particularidades analizaremos la calidad de los vínculos laborales, es decir los elementos que permiten la integración o separación del trabajador/a respecto del colectivo y la organización empleadora, en sintonía con las características que reviste el trabajo en la institución. Argumentamos que los vínculos en el trabajo pueden constituir una dimensión problemática o bien ser un aspecto positivo, que permite sobrellevar otras situaciones cotidianas. Para ello, profundizaremos en dos dimensiones: a) el acompañamiento en las tareas y b) el reconocimiento respecto del trabajo realizado. Indagaremos en las relaciones de tipo horizontal —entre compañeras y colegas— como también en las relaciones de tipo vertical —con superiores jerárquicos— (Gollac, 2011; Neffa, 2015).

5.1 El apoyo y acompañamiento en las tareas por parte de compañeros/as y superiores

Uno de los primeros aportes para analizar la importancia del acompañamiento en las tareas provino de la epidemiología del trabajo (Karasek y Theorell, 1990). Para este modelo, el “apoyo social” posee un lugar relevante que puede constituir un factor moderador de otras situaciones problemáticas. Cuando el trabajador/a se enfrenta a altas demandas cognitivas y emocionales, el apoyo social provisto por compañeros/as y/o superiores actúa como amortiguador de situaciones estresantes y opera como factor protector de los trastornos de la salud mental y física que pueden desencadenarse fruto de la elevada intensidad en el trabajo.

Según los datos de la encuesta, observamos que en la clínica existe un gran intercambio de experiencias y conocimientos entre compañeros/as y colegas, lo cual posibilita un trabajo de tipo colaborativo. Cincuenta y seis (56) casos señalaron que “siempre” o “casi siempre” son ayudados por sus compañeros/as al momento de realizar un trabajo delicado o complejo y solo seis (6) personas plantearon que esto no sucede “nunca” o “casi nunca”. A su vez, frente a la afirmación “los compañeros con quienes trabajo me ayudan a realizar correctamente mis tareas”, solo ocho (8) personas expresaron que “nunca” o “casi nunca” son ayudados por sus compañeros/as a realizar las tareas cotidianas, mientras que cincuenta y ocho (58) casos afirmaron que esto sucede “siempre” o “casi siempre”.

Como plantean Spinelli y otros (2013), la calidad del trabajo en salud depende en gran medida de la capacidad de formar equipos. “El trabajo en equipo y las relaciones de cooperación en el interior de las instituciones de salud suelen ser buenos aliados para los trabajadores” (2013: 21). El apoyo social brindado por los colegas tiene un rol clave en el intercambio de conocimientos y experiencias y en la colaboración, y puede constituir estrategias grupales para enfrentar las falencias en la organización del trabajo. Las observaciones durante la situación de encuesta nos permiten comprender cómo las trabajadoras de enfermería establecen ciertas

estrategias grupales con el fin de “protegerse” mutuamente. Por ejemplo, quienes trabajan en el mismo turno y sector implementaron un sistema de “rotación semanal”: cada semana, la enfermera que se ocupa de las personas con mayor gravedad va rotando con el fin de “cuidarse psicológicamente”. El trabajo en equipo se presenta como un elemento fundamental para sobrellevar situaciones que pueden afectar su salud mental.

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

En la Clínica Privada se pueden identificar distintas líneas jerárquicas, directas e indirectas: los jefes de las distintas áreas y servicios, las autoridades de la clínica y el staff médico —que también es referenciado por los encuestados en la figura “superiores” —.

Analizando la dimensión del apoyo técnico, es decir la colaboración brindada por los superiores a la hora de solucionar problemas o dar consejos, encontramos que cuarenta (41) trabajadores/as manifestaron que sus superiores “nunca” o “casi nunca” los ayudan a resolver tareas complejas mientras que diecinueve (19) respondieron “a veces”. Asimismo, cuando indagamos en el apoyo para realizar tareas cotidianas observamos respuestas similares: treinta y siete (37) personas respondieron “nunca” o “casi nunca” y diecisiete (17) indicaron “a veces”. En términos generales, una gran cantidad de trabajadores se sienten poco acompañados por sus superiores jerárquicos a la hora de realizar un trabajo complejo o bien durante el transcurso cotidiano de sus tareas. Además, si comparamos estos resultados con lo manifestado en las relaciones de apoyo y cooperación entre compañeros veremos que los valores se invierten negativamente.

5.2 El sentimiento de reconocimiento en el trabajo: la mirada de compañeros/as y superiores

Como señalamos anteriormente, es interesante analizar la interacción social a partir de la noción de reconocimiento, puesto que constituye un movimiento en el que el individuo da cuenta de su existencia y su valor a través de la mirada de otro/s (Paugam, 2012). En los estudios sobre RPST, diversos autores remarcan cómo el reconocimiento del esfuerzo y la valoración del trabajo realizado por parte de los Otros —compañeros/as, colegas, superiores— son fundamentales para la valoración positiva y el refuerzo de la identidad del trabajador/a y, cuando no existe, puede generar sufrimiento (Gollac, 2011; Dejours, 2013).

Para analizar esta temática en la clínica nos centramos en las preguntas del cuestionario que apuntan a captar el reconocimiento simbólico por parte de compañeros/as y superiores. De esta forma, cuando interrogamos respecto de la relación entre los esfuerzos realizados y el reconocimiento retribuido por parte de compañeros/as encontramos que cincuenta y ocho (58) personas afirman que esto sucede “siempre” o “casi siempre” y sólo en tres (3) casos las respuestas se orientaron al “nunca” o “casi nunca”. Como sostiene Christophe Dejours (1998),

el sujeto que aporta a la organización espera recibir una retribución, es decir cierta gratitud por su participación, sin la cual suele desmovilizarse. El autor reconoce dos fuentes de reconocimiento por el trabajo realizado, que denominará “juicios”. En primer lugar, los “juicios de belleza” que refieren a la retribución simbólica realizada por parte de las personas con las que se trabaja a diario. En segundo lugar, los “juicios de utilidad” los cuales son pronunciados por los superiores jerárquicos.

Ahora bien, cuando se les preguntó a los y las trabajadores/as de la clínica si recibían el respeto y estima que merece su trabajo por parte de sus superiores encontramos que cuarenta y dos (42) personas respondieron “siempre” o “casi siempre”, diecinueve (19) “a veces” y, también, diecinueve (19) se inclinaron por el “nunca” o “casi nunca”. Si comparamos estas frecuencias con las observadas para el caso de los y las compañeros/as encontramos que las respuestas negativas son mayores. No debemos perder de vista que el sentimiento de valoración por las tareas y esfuerzos efectuados es un componente central en la conformación de sentidos que contribuyen al bienestar de quienes trabajan.

Como mencionamos anteriormente siguiendo a Dejours (1992), los “juicios de utilidad” son pronunciados por la línea jerárquica respecto a la labor realizada por el personal a cargo. Si un trabajador siente que su compromiso no es tenido en cuenta, es subestimado o no es tratado de manera igualitaria podemos encontrar escenarios de sufrimiento para esas personas. A partir de las observaciones pudimos profundizar sobre la figura del “superior”. En buena parte de los relatos los médicos de la institución eran referenciados como las personas que realizaban críticas injustas al trabajo o desvalorizaban los esfuerzos realizados.

Experimenta situaciones de tensión, en especial con un médico. Cada vez que le toca trabajar con él se genera conflicto: hace bromas o comentarios de mal gusto mientras realiza tareas que requieren extrema concentración (Observación sobre lo dicho por un trabajador de Enfermería, turno mañana).

Remarca que hay un médico que hace uso de su puesto e injerencia y que ha contribuido a situaciones de llanto y destrato de las personas que trabajan en el sector y que responden a él por “ser médico”. (Observación sobre lo dicho por un trabajador de Enfermería, turno tarde).

Como vemos, los episodios de tensión se originan principalmente en los vínculos con los profesionales médicos. Los espacios laborales en salud se caracterizan por su alto nivel de profesionalización, rasgo que posibilita la organización del trabajo, pero que también establece ciertas relaciones interpersonales que, en ocasiones, se configuran en torno a relaciones de poder asociadas a representaciones asimétricas entre los distintos saberes. Dichas relaciones pueden habilitar situaciones de maltrato y hostigamiento y generar sufrimiento; incluso pueden desencadenar en el abandono del puesto de trabajo.

Conclusiones

En el transcurso de estas páginas argumentamos que el enfoque de los riesgos psicosociales en el trabajo constituye una perspectiva innovadora para superar las visiones restrictivas que circunscriben los riesgos al plano material y visible, es decir a agentes físicos, químicos y/o biológicos. Además, permite contemplar los

problemas de salud física pero también los episodios que causan *sufrimiento* y que pueden afectar la salud psíquica y mental y limitar la integración del trabajador/a.

A su vez, sostuvimos que este enfoque cobra especial relevancia para el análisis del sector servicios puesto que permite contemplar habilidades que el/la trabajador/a moviliza diariamente y que, desde otras perspectivas, no serían tomadas en cuenta. Para profundizar en esta problemática indagamos en dos factores de RPST en una Clínica de Medicina Privada ubicada en la ciudad de La Plata: las exigencias emocionales y las relaciones sociales en el trabajo.

Respecto de lo primero, encontramos que, al tratarse de una clínica de índole privada, los/las trabajadores/as reciben diversos lineamientos de la gerencia en torno al manejo de las emociones con el fin de cumplir con ciertas metas organizacionales. El trato cordial hacia el cliente y la evaluación en la calidad de la atención son elementos fundamentales tanto para la prestación del servicio como para lograr incrementar las ganancias. Asimismo, la movilización de las habilidades psíquicas y emocionales no sólo responde a los lineamientos de la gerencia, sino que también se origina en las particularidades que revisten las tareas de cuidado.

En segundo lugar, analizamos el eje de las relaciones sociales en el trabajo a partir del apoyo y el reconocimiento por parte de compañeros/as y superiores. Observamos que la disminución del personal al mínimo necesario, las exigencias de polifuncionalidad, el seguimiento informatizado, las primas por presentismo, entre otros mecanismos, configuran relaciones de trabajo exigentes y eventualmente tensas entre trabajadores/as y jefaturas. Los conflictos con los superiores se expresan también entre los médicos y el resto de las categorías. No obstante, si bien las nuevas formas de organizar el trabajo tienden a configurar relaciones intermitentes, a favorecer la fragmentación de los colectivos, reforzar la competitividad y la individualización, también encontramos espacios de resistencia. Hemos mostrado que los/as trabajadores/as desarrollan estrategias que permiten sobrellevar la sobrecarga de pacientes y las implicancias que el trabajo psíquico y emocional puede tener sobre la salud. Estos aspectos contribuyen a la construcción de vínculos colaborativos entre compañeros/as.

Para finalizar, consideramos importante continuar realizando estudios que visibilicen la temática de los RPST. En primer lugar, porque este enfoque permite profundizar sobre la calidad del empleo; es decir, situarnos más allá del estudio de las condiciones de contratación y el salario. En segundo lugar, visibilizar el déficit en las condiciones de trabajo posibilita la apertura hacia nuevos interrogantes en materia de prevención e intervención, en un contexto local donde los RPST no son reconocidos por la normativa, ni son tomados en cuenta por los propios actores del mundo del trabajo.

Referencias

- Ansoleaga, E. y Toro, J. P. (2014). Salud mental y naturaleza del trabajo: cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Revista Psicología: Organizações e Trabalho*, 14(2) 180-189.
- Beliera, A. (2017). Lo sindical en su multiplicidad. Un estudio del entramado de experiencias sindicales en el Hospital Provincial Neuquén (2005-2016). Tesis

- para optar por el grado de Doctora en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós.
- Dejours, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors y M-P. Guiho-Bailly (Comp.). *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (pp.23-73). Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- Dejours, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Galeano, P. y Ruiz, P. (2017). Exigencias emocionales y trabajo de cuidado. En J. C. Neffa, y M. L. Henry, (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.
- Gollac, M. (coord.) (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. París: Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé.
- Gracia, E., Martínez, I., Salanova, M., y Nogareda, C. (2007). *El trabajo emocional concepto y prevención. Nota Técnica de Prevención N° 720*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.
- Hochschild, A. R. (2003). *The managed heart: commercialization of human feeling*.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Nueva York: Universidad de California Press.
- Kessler, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, C. A. (1993). La construcción teórico- metodológica de la investigación sobre salud de los trabajadores. En Autor. (Ed.). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (pp. 13-35). Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Martínez Íñigo, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(2), 131-153.
- Micha, A. (2015). Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales. *Revista Estudios del Trabajo*, N°49/50, 61-90.
- Neffa, J. (Coord.) (2010). *La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/empleos precarios y los no registrados*. Buenos Aires: CEIL-PIETTE CONICET. Miño y Dávila.
- Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. CABA- Corrientes- La Plata- Moreno: CEIL del CONICET, UNNE, Fac. de Cs, Económicas; UNLP, Fac. de Cs. Económicas; Universidad Nac. de Moreno; 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.
- Neffa, J. C. (2019). *¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?* Buenos Aires: CEIL Libros.
- Novick, M., y Galín, P. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo: El caso del sector salud. En *Observatorio de recursos humanos en salud en Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones* (pp. 35-90). Buenos

- Aires: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- Paugam, S. (2012). "Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales". Papeles del CEIC, N° 82.
- Paugam, S. (2015). *El trabajador de la precariedad: las nuevas formas de precariedad laboral*. Buenos Aires: Fundación de Educación y Capacitación para los Trabajadores de la Construcción
- 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. *Revista de Salud Colectiva*, 12(2), 221-238.
- Spinelli, H. (Coord.) (2013). La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS.
- Ughetto, P. (2006). La relation de service au client: source inévitable de contrainte pour les travailleurs ? *Relations industrielles / Industrial Relations*, 61 (3) 490-512.
- Weller, J. M. (2012). Relations de service. En A. Bevort, M. Lallement, A. Jobert y A. Mias. *Dictionnaire du travail*, pp.636-643. París: Presses. Universitaires de France.

Notas

- 1 El PDTS-CIN 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", dirigido por Liliana Ferrari y codirigido por Julio C. Neffa, fue desarrollado en simultáneo en distintas universidades públicas de la Argentina y conllevó la interacción con distintas organizaciones de la sociedad civil, las cuales asumieron el rol de "adoptantes" de los resultados. El proyecto buscó transferir herramientas y conocimientos que permitan la evaluación, intervención y prevención de RPST.
- 2 Por razones de confidencialidad no usaremos el nombre real de la institución y nos referiremos a ella con este seudónimo.
- 3 Para conocer la totalidad de los resultados del estudio realizado en la Clínica de Medicina Privada y la incidencia de los otros RPST detectados, se sugiere ver Neffa y Henry (2018).
- 4 Hay casos en los que las organizaciones prescriben formas específicas de comportamiento a los/as trabajadores/as en su relación con los clientes por medio de capacitaciones y de protocolos de interacción. Les indican cómo saludar, qué registro (formal o informal) usar en los diálogos y toda una serie de actitudes para desarrollar su trabajo (buen humor, trato amable, disponibilidad, etc.).
- 5 Para ahondar de qué forma se produce una articulación estrecha entre exigencias emocionales, tareas de cuidado (*care*) y el despliegue de roles de género, se sugiere ver Galeano y Ruiz (2017).