



## Trabajo y Sociedad

*Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias*

Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet)

Unse-Indes-Conicet

Nº 37, Vol. XXII, Invierno 2021, Santiago del Estero, Argentina

ISSN 1514-6871 - [www.unse.edu.ar/trabajosociedad](http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad)



# Control y autonomía en el proceso relacional de producción del cuidado. Un análisis en trabajadores de la salud de la provincia de Chaco, Argentina.

**Control and autonomy in the relational process of care production. An analysis in health workers in the province of Chaco, Argentina.**

**Controle e autonomia no processo relacional de produção assistencial. Uma análise em trabalhadores da saúde na província de Chaco, Argentina.**

**Luciana REIF<sup>1</sup>**

Recibido: 23.06.20

Recibido con modificaciones: 25.12.20

Aprobado: 2.12.20



## RESUMEN

En el campo de la salud el proceso de trabajo presenta características particulares. La literatura existente sostiene que los profesionales de la salud cuentan con un amplio margen de autonomía, que les otorga el saber previo consolidado, dificultando el control sobre su proceso de trabajo por parte de los mandos gerenciales. Por otra parte, el proceso de trabajo en salud también se caracteriza por su carácter relacional. Esta dimensión no refiere exclusivamente a la de los trabajadores de la salud con los usuarios, sino también entre ellos mismos. La ausencia de redes que den sentido al trabajo, que generen sentimientos de pertenencia e identidad podrían producir lógicas alienadas, impactando en el proceso de trabajo y la salud de los trabajadores. Recorreremos los abordajes conceptuales, para pensar el control y la autonomía y la dimensión relacional del proceso de trabajo en salud desde el enfoque de riesgos psicosociales y desde las teorías neomarxistas sobre el control del proceso de trabajo. El objetivo central del presente artículo será explorar el control y la autonomía en el proceso relacional de producción del cuidado en una muestra de trabajadores de la salud de la provincia de Chaco, Argentina. La estrategia teórico-metodológica consistirá en una triangulación de métodos por la aplicación de un cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo y la realización de entrevistas en profundidad junto con un intercambio grupal. Los principales resultados del presente

<sup>1</sup>Licenciada en Sociología, Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional de Lanús y Doctoranda en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y la Universidad Nacional de Avellaneda. Mail: [lc.reif@gmail.com](mailto:lc.reif@gmail.com)

estudio ponen de manifiesto que los trabajadores de la salud se resguardan o protegen de los conflictos presentes en las relaciones intersubjetivas a través de la satisfacción que les da tener control sobre la tarea inmediata. Sin embargo otra de las conclusiones que pudimos elaborar, es que la consecución del objetivo final, para procesos de trabajo con características relacionales, está íntimamente ligada a la vinculación entre los diferentes equipos y sus procesos de trabajo. Las dificultades registradas en las relaciones intersubjetivas dificultan por ende la consecución del objetivo final, la producción del cuidado, y atentan contra la identificación del carácter colectivo del trabajo.

**Palabras clave:** control, autonomía profesional, dimensión relacional, salud, proceso de trabajo; personal de salud

## **ABSTRACT**

In the health field, the process of work has particular characteristics. The existing literature maintains that health professionals have a wide margin of autonomy, which gives them consolidated prior knowledge, making it difficult to control their process of work. On the other hand, the process of work is also characterized by its relational character. This dimension does not exclusively refer to that of health workers with users, but also among themselves. The absence of networks that give meaning to work, that generate feelings of belonging and identity could produce alienated logics, impacting the process of work and the health of workers. We will go through the conceptual approaches, to think about control and autonomy and the relational dimension of the health process of work from the psychosocial risk approach and from the neo-Marxist theories on the control of the work process. Based on their possibilities and limitations, we will explore how the control and autonomy of workers impacts on their intersubjective relationships and on their health, taking as a study reference a sample of health workers from the province of Chaco, Argentina.

**Key words:** control, autonomy, relational, dimension, health, process of work, health workers

## **SUMARIO**

1 Introducción; 2 Control y autonomía: enfoque de riesgos psicosociales y análisis neomarxistas; 3 Control, autonomía y dimensión relacional en las organizaciones hospitalarias; 4 Aspectos metodológicos; 5 Discusión; 5 a) ¿De qué protege la autonomía sobre la tarea inmediata?; 5 b) Conflictos horizontales y verticales a contramano de la identificación del carácter colectivo del trabajo; 5 c) Una última reflexión: ¿La salud es colectiva?; 6 Conclusión; 7 Bibliografía; 8 Agradecimientos

\*\*\*\*\*

## **1. Introducción**

En el campo de la salud el proceso de trabajo presenta características particulares. La literatura existente sostiene que los profesionales de la salud cuentan con un amplio margen de autonomía, que les otorga el saber previo consolidado, dificultando el control sobre su proceso de trabajo por parte de los mandos gerenciales (Spinelli, 2015; Mintzberg, 1984). Sin embargo al interior de las organizaciones hospitalarias, la base es compleja y presenta relaciones asimétricas. El saber biomédico es el que domina y establece una división técnica y social del proceso de trabajo. Por un lado, los establecimientos de salud están divididos en una lógica de servicios cada vez más específica, que permite a los trabajadores de cada sector controlar su proceso de trabajo; y al mismo tiempo la multiplicidad de ocupaciones (profesionales y no profesionales) se divide en estratos de acuerdo al grado de control que tienen con su saber sobre las distintas tecnologías. Por otra parte, el proceso de trabajo en salud también se caracteriza por su carácter relacional. Esta dimensión no refiere exclusivamente a la de los trabajadores de la salud con los usuarios, sino también entre ellos mismos. La calidad de estos vínculos establecerá los límites y posibilidades del trabajo en equipo, cooperación, ayuda y solidaridad. Estos vínculos pueden ser generadores de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de competencia, discriminación y maltrato (Spinelli et al., 2013). La ausencia

de redes que den sentido y significado al trabajo, que generen sentimientos de pertenencia e identidad podrían producir lógicas alienadas, que impactan en el proceso de trabajo y la salud de los trabajadores/as (Campos, 2006).

Algunos de los estudios sobre factores de riesgos psicosociales aplicados en trabajadores de la salud han encontrado a las relaciones interpersonales como una dimensión que presenta un riesgo alto para la salud (Jiménez, Orozco y Cáliz, 2017; Leyton-Pavez; Valdés-Rubilar; Huerta-Riveros, 2016; Guajardo y Vasquez, 2018; Acevedo, Sánchez, Farías y Fernández, 2013; Fernández-Prada, González-Cabrera, Iribar-Ibabe y Peinado, 2016), mientras que los mismos estudios han encontrado a la autonomía, el control sobre el proceso de trabajo, las posibilidades de desarrollo y el sentido de trabajo como dimensiones favorables o con riesgo bajo o intermedio para la salud de los trabajadores. Por su parte los análisis neomarxistas sobre el control del proceso de trabajo entienden que el mismo está inmerso en las relaciones sociales de producción. No hay una tendencia unidireccional sino que se trata de un proceso más complejo que incluye distintas formas de control, incluso entre los propios trabajadores.

El objetivo central del presente artículo será explorar el control y la autonomía en el proceso relacional de producción del cuidado en una muestra de trabajadores de la salud de la provincia de Chaco, Argentina.

Reflexionaremos acerca del control y la autonomía, y la dimensión relacional del proceso de trabajo en el sector salud a partir del enfoque de riesgos psicosociales y desde las teorías neomarxistas sobre el control del proceso de trabajo. A partir de las posibilidades y limitaciones de dichos enfoques, exploraremos cómo impacta el control y la autonomía de los trabajadores en sus relaciones intersubjetivas y qué implicancias tiene para la producción del cuidado y su propia salud.

Para el presente análisis nos valdremos de un estudio cuali-cuantitativo realizado durante el 2018 en una muestra de trabajadores de la salud de la provincia de Chaco, Argentina.

## **2. Control y autonomía: enfoque de riesgos psicosociales y análisis neomarxistas**

El control sobre el proceso de trabajo es una dimensión de la organización laboral que ha sido problematizada desde diferentes enfoques y corrientes teóricas. Autores neomarxistas como Braverman, Edwards, Friedman y Burawoy han pensado las formas que asume el control de la fuerza de trabajo, que está enraizado en las relaciones sociales del modo de producción capitalista. Mientras que desde la teoría del estrés, particularmente el enfoque de riesgos psicosociales, se entiende que el control puede ser tanto el agente estresor de la organización del trabajo como un recurso del individuo para atenuar los factores estresantes propios de la organización. Desde este enfoque se estima que tener control y autonomía es un factor protector para la salud del trabajador que le permite mover su inteligencia y su capacidad para innovar, movilizar su conocimiento y experiencia (Neffa, 2015). Su ausencia por lo contrario puede traer aparejados trastornos en la salud. Haremos un breve repaso de cómo se ha conceptualizado el control sobre el proceso de trabajo en el enfoque de riesgos psicosociales y en las teorías neomarxistas sobre el control de la fuerza de trabajo, para repensarlo luego en el proceso de trabajo en salud.

Dentro de los enfoques que reconocen el vínculo entre salud y trabajo se encuentra el enfoque de riesgos psicosociales. Este enfoque se enmarca dentro del paradigma de la teoría del estrés, como afirma Caicoya (2004) existe cierto consenso en considerar que los factores de riesgo psicosociales son los que pueden producir enfermedades y daños a la salud a través del estrés. Selye (1975), referente en este campo, empezó a reconocer la implicación del estrés en la vida del ser humano como posible generador de enfermedades a mediano y largo plazo. Este autor redefinió el estrés desde varias posiciones: inicialmente como estímulo y más adelante como respuesta, incluyendo conceptos claves como agente estresor. Según esta perspectiva el estrés puede ser tanto el estímulo-el agente estresor-como su respuesta. Pero como sostienen Schaufeli y Salanova (2002), el estímulo potencialmente estresante puede producir diferentes respuestas en distintos individuos de acuerdo a su valoración cognitiva y sus recursos; los procesos fisiológicos median los efectos de los estresores sobre el bienestar (Karasek y Theorell, 1990; Lazarus y Folkman, 1984). El estrés laboral es un proceso donde

intervienen estresores o demandas laborales por un lado, efectos del estrés y a su vez recursos tanto de los individuos como de la organización del trabajo cuya ausencia puede convertirse en un estresor más (Schaufeli y Salanova, 2002). La particularidad de este enfoque, como sostiene Caicoya es que “(...) dependiendo de cómo ha respondido el individuo, puede salir dañado o reforzado de la experiencia. Algunas variables que pueden modificar la respuesta son la capacidad de anticipación, el control sobre los estresores, la retroalimentación y la dosis” (Caicoya, 2004: 110). Por eso usualmente se habla de factores de riesgo y factores protectores.

Dentro de los marcos teóricos que refieren a la autonomía y control del trabajador, dos han sido los que más han aportado demostraciones científicas consistentes a través de estudios con población trabajadora sana y enferma: la teoría de demanda-control-apoyo-social formulada por Karasek y Johnson y la teoría conocida como esfuerzo-recompensa formulada por Siegrist (Llorens y Moncada, 2005). También se encuentra el modelo vitamínico de Warr, el modelo de las características del trabajo de Oldham y Hackman, el modelo sociotécnico y el modelo MOS (Kompier, 2013).

El modelo de Karasek pone el énfasis en el equilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas. Dicho autor habla de latitud de decisión para hacer referencia al control del trabajo en dos planos, por un lado la autoridad de decisión sobre la tarea y por el otro la discreción intelectual o de habilidad, ambas medidas se encuentran generalmente correlacionadas (Karasek, 1979). El trabajo altamente calificado que permite poca autoridad de decisión parece ser una combinación relativamente rara en la práctica (Karasek, 1979). El gran supuesto de este modelo es que la adquisición de habilidades a largo plazo es lo que les da a los trabajadores influencia sobre el proceso de trabajo. La discreción intelectual implica entre otras cuestiones el grado en que un trabajo implica aprender nuevas cosas, repetitividad, creatividad, tareas variadas y el desarrollo de las habilidades individuales, mientras que la autoridad sobre la tarea implica la habilidad individual para tomar decisiones acerca del propio trabajo, la influencia en el grupo de trabajo y la influencia en la política de la empresa (Muntaner y Ocampo, 1993). Por su parte el modelo de Siegrist hace hincapié en el esfuerzo que se le demanda al trabajador medido por la cantidad de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo. Este esfuerzo es balanceado a través de las recompensas que pueden ser, entre otras, las simbólicas al encontrarle el trabajador un sentido a su trabajo que le permite desarrollar su identidad (Neffa, 2015). El modelo vitamínico de Warr (1987) es otro de los modelos que toma en cuenta estos estresores laborales. Define características ambientales macro y micro para referirse a las condiciones de trabajo que inciden en el bienestar psicológico del trabajador (Kompier, 2003). Las características intrínsecas al puesto de trabajo tienen que ver con su contenido: oportunidad de control referido al grado en que las condiciones de trabajo le permiten al trabajador controlar las actividades; oportunidad para el uso de habilidades referido al grado en que el ambiente de trabajo le permite al sujeto desarrollar y utilizar sus conocimientos; metas generadas dentro del ambiente laboral; variedad de tareas que le permiten al trabajador evaluar diferentes posibilidades en torno al puesto de trabajo para reducir la monotonía y por último, claridad de la información relevante, referido al grado en que el sujeto tiene una retroalimentación respecto a las actividades que realiza. El modelo de las características del trabajo de Oldham y Hackman (Finkel, 1996; Kompier, 2003) busca responder a la pregunta sobre cuáles son las características intrínsecas del trabajo que generan una buena motivación. El punto de partida son tres estados psicológicos críticos a los que se llega a cuando están presentes las dimensiones básicas del trabajo que repercuten de manera positiva en la motivación del individuo. Ligadas al primer estado psicológico crítico -significado percibido del trabajo- encontramos las siguientes dimensiones: variedad de aptitudes referida a la medida en que las actividades diversas permitan al trabajador desplegar una serie de aptitudes y talentos; identidad de la tarea referida al grado en que las actividades permitan al trabajador ser parte de un todo total e identificable y la significancia de la tarea referida al grado en que el trabajador tiene un efecto sustancial en las vidas o trabajos de otras personas. Y ligado con la responsabilidad percibida, segundo estado psicológico crítico, se encuentra la dimensión de autonomía referida a la libertad o independencia que tenga el trabajador en relación a la realización de sus tareas (Kompier, 2003). El modelo sociotécnico supone una organización abierta conformada por un subsistema social y otro técnico, que interaccionan entre sí y con el entorno (Finkel, 1996). El núcleo de la teoría de estrés de la sociotecnología moderna es que el control de trabajo insuficiente es el riesgo más importante. Las oportunidades de aprendizaje y

la autonomía responsable con la que es capaz de operar un grupo de trabajo de manera eficiente reducen los riesgos de estrés y dependen de la estructura de la división de trabajo de la empresa, que para este modelo debe ser mínima (Kompier, 2003). Para este enfoque rediseñar el puesto de trabajo para que implique un desafío derivado de su variabilidad, lograr un aprendizaje continuo, disponer de un área de decisión, contar con ayuda y reconocimiento, sentir que el trabajo tiene sentido, son características del puesto de trabajo que resultan satisfactorias para el trabajador y para la eficiencia de la organización (Finkel, 1996). Por último, el modelo MOS (Caplan et al., 1975; Kahn et al., 1964), muy influyente en la investigación del estrés, ofrece un marco para las relaciones (causales) entre los factores estresantes y las reacciones al estrés y la influencia moderadora de las características de la personalidad y el apoyo social. Uno de los factores estresantes en este modelo es la subutilización de habilidades y capacidades (Kompier, 2003).

En nuestro país diferentes estudios han trabajado teórica y metodológicamente a través del enfoque de riesgos psicosociales. Neffa (y sus colaboradores de distintos grupos de investigación en universidades argentinas) ha elaborado un cuestionario, adaptando al contexto local la encuesta sobre factores de riesgos psicosociales producido en Francia, por un equipo de expertos encabezado por Michel Gollac y Thomas Coutrot (Neffa y Henry, 2017). Por su parte el Grupo de estudios en Salud Ambiental y Laboral de la Universidad Nacional de Avellaneda y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, han validado el COPSOQ-ISTAS, uno de los instrumentos de medida de riesgos psicosociales más utilizados a nivel internacional, constituyéndose la versión argentina: el COPSOQ-ARG. Dentro de este cuestionario, es la dimensión llamada organización del trabajo la que engloba cuestiones referidas a la autonomía, variedad, control sobre los tiempos de trabajo, posibilidades de desarrollo y sentido del trabajo,

La teoría general del estrés supone, como se esbozó anteriormente, un esquema individual donde hay un estímulo o estresor y una respuesta, mediada por los recursos del individuo; en este plano el control puede ser tanto el agente estresor de la organización del trabajo, o bien un recurso del individuo para atenuar los factores estresantes propios de la organización. La prevención de los riesgos psicosociales se focaliza en el control de la exposición, a través de acciones técnicas, modificaciones en la organización del trabajo o sanciones de tipo monetario. Una de las limitaciones de este enfoque es la elucidación de la complejidad que encierra el proceso de trabajo dentro de las formaciones capitalistas. Al concebir a dichos agentes de manera neutral y aislada se los separa de los procesos de trabajo concretos o de los contextos de producción en los cuales se encuentran. Lo que se termina invisibilizando son las relaciones de poder intrínsecas al proceso productivo, las estrategias históricas de producción- acumulación de capital, así como las formas predominantes que adquieren las relaciones sociales en el trabajo en cada situación concreta dada.

En otro plano de análisis, la corriente de autores neomarxistas que analizan el control del proceso de trabajo, consideran que el mismo está enraizado en las relaciones sociales que genera el modo de producción capitalista para controlar la fuerza de trabajo, cuyos intereses se consideran irreductibles a los del capital. De lo que se trata es de analizar las formas históricas que asume el control de la fuerza de trabajo. Si bien durante mucho tiempo desde la ortodoxia marxista se consideró que el control residía exclusivamente en la posesión de los medios de producción, actualmente se considera que esta perspectiva es muy simplificada. Lo que cuenta para analizar el control por una parte, son las relaciones sociales de producción (Finkel, 1996) y como enfatiza De La Garza (2011), estas relaciones implican intercambios simbólicos y de poder. Y por el otro, el paso del modelo de trabajo artesanal al industrial supuso un cambio importante en la organización del proceso de trabajo. El proceso de trabajo como creador de valores de uso es una condición eterna de la vida humana y común a toda forma social; mientras que el proceso de producción capitalista de mercancías supuso la unidad de este proceso de trabajo con el proceso de valorización del capital y extracción de la plusvalía de los trabajadores (Neffa, 1990). El control de la fuerza de trabajo se puso a merced del proceso de valorización del capital, siendo inseparable del mismo.

Siguiendo a Neffa (1990) el oficio del artesano implica una producción donde tanto los útiles de trabajo, las materias primas y el producto final pertenecen al trabajador que ejecuta la tarea. La estructura organizativa de las corporaciones de oficios que nucleaban a los maestros, obreros, oficiales y aprendices, no tenía una marcada división técnica del trabajo, si bien los maestros eran dueños de los

productos realizados y de la posesión de materias primas, de los locales y de los medios de producción más costosos los oficiales poseían sus herramientas simples de trabajo y tenían amplia autonomía en cuanto al proceso de trabajo. Este control que tenían sobre sus conocimientos técnicos constituía un obstáculo importante para acelerar la acumulación de capital. A diferencia del obrero industrial, el artesano es caracterizado frecuentemente como un trabajador que posee una autonomía sobre su proceso de trabajo, poseedor de sus propios instrumentos, y con un sentido del trabajo, logrado ya que las tareas cotidianas no estaban disociadas del producto final. Durante el período de la manufactura predomina la cooperación simple (Neffa, 1990), la cooperación existe cuando hay un interés colectivo entre quienes está dividido el trabajo, esto conlleva una dependencia recíproca en sus tareas. El paso hacia la producción fabril implicará el cambio hacia la cooperación compleja. La Revolución Industrial permitió la obtención de una gran producción, a través de la innovación tecnológica, la concentración y movilización forzada de la fuerza de trabajo a los centros de producción. El centro productivo pasó del trabajador hacia la máquina, deviniendo el primero en servidor de la segunda (Neffa, 1990). El costo de los medios de trabajo los puso fuera del alcance de los maestros artesanos, e imposibilitó que las corporaciones de oficio y las manufacturas compitieran con las nuevas fábricas (Neffa, 1990). El desarrollo industrial, supuso que el plan y las decisiones sobre como ejecutar el trabajo se empezarán a concentrar en la dirección y fueran ajenas a los trabajadores, la división técnica del trabajo empieza a ser impuesta por el capitalista, dueño de los medios de producción y de la fuerza del trabajo de los obreros. La marcada división técnica del trabajo, y la separación entre concepción y ejecución fue uno de los cambios más profundos que sufrió el proceso de trabajo, acelerando el proceso de valorización. A partir de esta época, es que la teoría general de la administración empieza a cobrar mayor importancia, naturalizando la división del trabajo entre el pensar y el hacer y fundando la administración y la gestión de las organizaciones sobre un mito racionalista y un sujeto cartesiano (Spinelli, 2017).

La innovación técnica y la fragmentación de las tareas produjeron una reducción del grado de control que los trabajadores tenían tanto sobre el producto como sobre el proceso de trabajo (Muntaner y Ocampo, 1993). La introducción de las máquinas permite escapar al principio subjetivo de la división del trabajo en donde el trabajador adecuaba los tiempos y ritmos en relación a su tarea; esta falta de continuidad del proceso de trabajo, donde eran comunes los tiempos muertos, pasó a estar determinada por la máquina, quitándole autonomía y control al obrero (Neffa, 1990). Neffa (1990) sostiene que mientras que el trabajador pudo conservar una herramienta a su disposición pudo retener una cuota de poder respecto a la forma de realizar su proceso de trabajo, permitiendo el desarrollo de la creatividad. La mecanización del trabajo, al contrario, supuso que el trabajo vivo se subordinara al trabajo muerto. El obrero entonces es un servidor de la máquina, y se adapta a sus movimientos, teniendo a lo sumo que corregir sus errores. En este sentido la libertad y creatividad de los trabajadores se convierte en un obstáculo a la planificación del trabajo repetitivo y parcializado. La organización científica del trabajo fue un método propuesto por Taylor que permitió aumentar la producción eliminando los tiempos muertos de trabajo a través de la identificación de movimientos inútiles y su eliminación, se cronometró en cuánto tiempo debería hacerse cada tarea para su estandarización. Esto logró una medición objetiva de las tareas realizadas que sería controlada y supervisada por parte de la dirección (Neffa, 1990). La división técnica y social del trabajo encuentra una nueva profundización en la individualización de cada tarea que solo puede ser realizada por cada trabajador individualmente y de forma aislada.

Una de las críticas al taylorismo que abrió un debate crucial fue la obra de Braverman (1987) *Trabajo y capital monopolista*, iniciando un importante debate sobre el control del proceso de trabajo. Para este autor, el taylorismo tenía como objetivo dejar al trabajador sin poder de decisión sobre sus tareas cotidianas, de modo de ejercer un control sobre la manera en que cada actividad debía desarrollarse. Para Braverman (1987) el control sobre el trabajo, característica esencial e histórica de la dirección empresarial, adquirió con Taylor dimensiones sin precedentes (Finkel, 1996). La innovación tecnológica y la automatización de los procesos de trabajo, significó la disminución y pérdida de los saberes tradicionales de los trabajadores. Es la llamada descualificación, en donde el nivel de destrezas o habilidades se reduce de manera significativa. Para este autor la descualificación lo que permite es un mayor control de la fuerza de trabajo, al punto de controlar el modo en que cada

actividad desde la más simple hasta la más compleja debía desarrollarse. Si bien Braverman no se opuso a los avances tecnológicos en sí, se opuso a la manera en que los mismos se usaron como armas de dominación y control de los trabajadores (Finkel, 1996). Para Braverman el taylorismo se apoyó en la disociación del proceso de trabajo de las habilidades de los trabajadores, en la separación de la concepción y la ejecución, y en el monopolio del conocimiento para controlar cada paso del proceso de trabajo y la forma de ejecutarlo (Finkel, 1996). De su obra se desprende una concepción de la cualificación basada en el conocimiento y en la unidad entre concepción y ejecución, y en el ejercicio del propio control de la fuerza de trabajo. Al mismo tiempo el parámetro de comparación era un trabajador artesanal caracterizado frecuentemente por su nivel de control y autonomía en su proceso de trabajo (Finkel, 1996). Una de las críticas al concepto de descualificación de Braverman, es la inadecuada caracterización que hace del trabajo artesanal con cierta visión utópica y romántica, cuando según Finkel (1996) su situación debería considerarse minoritaria y en transición. Del mismo modo Köhler (2006) sostiene una cierta idealización del trabajo pre industrial en Braverman, una visión antropológica de unidad natural entre el trabajador y su material como forma de realización del ser humano en su interacción con la naturaleza; el capitalismo implicaría entonces una ruptura de esa unidad natural del trabajo humano. Al mismo tiempo, las afirmaciones de Braverman se basan en publicaciones o principios programáticos de la propia doctrina y no en experiencias concretas de implementación de las mismas, lo que redundaría en que su análisis se mueva en un nivel de abstracción elevado y alejado de la realidad concreta (Finkel, 1996).

La concepción de la cualificación de Braverman, exige determinadas diferenciaciones (Finkel, 1996). La distinción entre la cualificación del trabajador y la que requiere el puesto de trabajo es crucial, y objeto de disputas entre trabajadores y directivos, los trabajos cualificados pueden asegurarse salarios más altos, pero al mismo tiempo un trabajo puede ser etiquetado como cualificado aunque el contenido del mismo sea en gran parte descualificado. A su vez, las cualificaciones tácitas también entran en juego, son aquellas que se adquieren a través de la experiencia y no necesariamente a través de un entrenamiento formal (Finkel, 1996). Wood (1987) destaca tres dimensiones centrales de las cualificaciones tácitas, la primera es el proceso de aprendizaje implicado en la ejecución de tareas rutinarias donde las capacidades se adquieren a través de la experiencia, la segunda es la capacidad de adquirir apercepciones elevadas, como lo son los “trucos de oficio” y la tercera dimensión se relaciona con la naturaleza colectiva del proceso laboral en donde se destacan capacidades tácitas como la afinidad, la camaradería, el cumplimiento de horarios, obediencia y la apreciación y el conocimiento de los trabajadores de la relación que tiene su trabajo con el proceso productivo (Wood, 1987). Derber (1982) y Oppenheimer (1973) han conceptualizado la descualificación para los estratos profesionales, Derber ha llegado a diferenciar entre la “proletarización técnica” que implica la pérdida de control sobre el conocimiento y el proceso de trabajo y la “proletarización ideológica”, que implica la pérdida de control sobre los objetivos y propósitos del propio trabajo o la pérdida de control sobre los temas de investigación o los clientes. En respuesta a esto, los profesionales pueden expresar una disociación del contexto de la organización.

Como veremos a continuación el control puede adoptar diversas formas de las concebidas por Braverman. En este punto cabe resaltar, como sostiene Finkel (1996) que el problema del control es inseparable de la organización del proceso de trabajo entendido como proceso de valorización; y que lo que se pone en tela de discusión no es el control en sí, sino las formas que asume. O en palabras de Köhler y Artiles (2006:135) “el carácter intrínsecamente contradictorio de las relaciones laborales capitalistas se manifiesta en una lucha constante por el control”. A diferencia de lo que sostiene Braverman (1987), otros autores como Friedman (1977), Edwards (1990) o Burawoy (1989) no creen en la posibilidad de un control absoluto, sino que este está mediado por las resistencias de los trabajadores. A su vez el control no puede ser entendido exclusivamente dentro de los parámetros del proceso de trabajo (ni de la dirección gerencial), sino que también se enlaza en la vida social y se legitima en procesos extra-económicos. Las diferentes formas que ha ido asumiendo el control del trabajo se han construido históricamente, y no se encuentran necesariamente reguladas por criterios económicos, ya que su consistencia deriva del grado en que estén inmersas en el conjunto de las relaciones sociales (Finkel, 1996). Este análisis es crucial para comprender el significado del control en la producción.

Friedman (1977) habla del paso de un control directo a un control basado en la autonomía responsable. En el primer tipo, como puede ser el taylorismo, se trata de controlar el trabajo a través de la coerción, la supervisión directa y un grado mínimo de responsabilidad; en el segundo caso se busca potenciar la adaptabilidad de los trabajadores a situaciones cambiantes. Esta estrategia se aplicó con mayor consistencia a sector privilegiados de la clase obrera y demandó un elaborado aparato de control ideológico para cooptar a los trabajadores. En este sentido Friedman (1977) sostiene que no hay una única tendencia estructural hacia el control directo y la descualificación, sino más bien se trata de un proceso complejo y desigual, con negociaciones y acomodaciones tanto por parte del capital como del trabajo. En este sentido una estrategia utilizada es dividir a los trabajadores y aplicar diferentes tipos de control. Friedman (1977) da cuenta de dos situaciones de los trabajadores claramente diferenciadas, aquellos trabajadores centrales que bien por su competencia técnica, o su contribución al ejercicio de la autoridad son indispensables para garantizar las ganancias a largo plazo; y aquellos trabajadores periféricos cuya trabajo es generalmente no cualificado o semi cualificado, fácilmente reemplazables, no contribuyen a la autoridad, y no pueden causar fracturas en la organización al no contar con la solidaridad de otros trabajadores. Sobre estos últimos, sostiene Friedman (1977), se aplicará un control predominantemente directo.

Edwards (1990) sostiene que lo que los capitalistas intentan controlar es la forma en la que se organiza el proceso de trabajo, sin embargo el control no debe entenderse como una política empresarial deliberada. En este sentido, Edwards (1983) se ha centrado en la evolución histórica de las diferentes formas de control. Antes de mencionar las diferentes formas, es necesario mencionar que dicho autor realiza una distinción entre coordinación y control. La coordinación se vuelve necesaria en toda producción social, al ser el resultado del trabajo realizado por muchas personas. Esta coordinación es esencial y puede lograrse de una variedad de formas, pero en la producción capitalista la coordinación adopta una forma verticalista de arriba hacia abajo, en donde la parte superior (los capitalistas) deben controlar a la parte inferior (los trabajadores) (Edwards, 1983). El control simple, primer estadio histórico del control, requiere de la supervisión directa. La dirección ejercía un dominio directo, personalizado y arbitrario en empresas de tamaño reducido (Köhler y Artiles, 2006). Con el crecimiento de los mercados y empresas a finales del siglo XIX (Köhler y Artiles, 2006) aumentó la complejidad y la escala de producción. Se hizo necesario un mayor grado de coordinación; en tanto y en cuanto la producción asumió un carácter social cada vez mayor, que trajo consigo un aumento de la necesidad de control (Edwards, 1983). Las empresas desarrollaron métodos de organización más planificados, son las formas de control estructurales, el control está despersonalizado y ya no depende del propietario al estar inmersa en la estructura de la organización, es el caso del control de naturaleza técnica en donde la maquina estaba diseñada para planificar el flujo de trabajo disminuyendo el matiz subjetivo. La debilidad de esta forma de control reside en la homogeneización de la fuerza de trabajo sometida a un mismo ritmo y un mismo patrón de producción. La necesidad de introducir un elemento que diferencie la fuerza de trabajo, contemplando la jerarquía y los distintos puestos de trabajo con sus particularidades, llevó al control burocrático que da como resultado una estratificación al interior de la empresa, y una subdivisión por escalas salariales, bonificaciones, incentivos, criterios de evaluación, formas de contratación, etc. Se trata de insertar el control dentro de la estructura social o de las relaciones existentes en el lugar de trabajo. Este tipo de control se institucionaliza en las estructuras organizativas dando paso a una racionalidad organizativa y dejando atrás las formas arbitrarias y despersonalizadas (Köhler y Artiles, 2006). Para Edwards (1983), el problema del control sobre la fuerza de trabajo existe porque la fuerza de trabajo a diferencia de otras mercancías está encerrada en personas que tienen sus propios intereses y necesidades opuestas y retiene su poder para no ser tratado como mercancía, el control se define como “la capacidad de los capitalistas y/o los directivos para conseguir de los trabajadores la conducta laboral deseada” (Edwards 1983: 149).

Por último, Burawoy (1989) en su análisis del control se pregunta por qué los trabajadores aceptan las condiciones capitalistas de producción, de qué manera contribuyen con los fines productivos del propio sistema capitalista (Köhler y Artiles, 2006), o dicho de otra manera ¿Por qué trabajan tanto los trabajadores y consienten de forma rutinaria su explotación? Para este autor esta aceptación no puede tener que ver solo con la mera coacción, sino que también se logra a través del consentimiento. Burawoy (1989) sostiene que este consentimiento se da en forma de juegos, reglas

informales y prácticas destinadas a crear un tiempo propio, controlar la producción y hacer la vida laboral más interesante. Este *juego de arreglárselas* denominado así por Burawoy (1989) genera distintos tipos de conflictos en el taller, los conflictos entre distintos grupos atenúan los enfrentamientos con la dirección. Esta desviación de conflictos jerárquicos hacia conflictos laterales que conspira contra la identificación de clase, se trata de la transformación de una hegemonía basada sobre todo en la coerción a una hegemonía basada en el consentimiento en el lugar del trabajo. A su vez la internalización de un individualismo competitivo refuerza el consentimiento hacia la dirección empresarial, de esta manera la competitividad interna interioriza los rasgos más característicos del mercado externo y asegura la plusvalía. Estos juegos se dan en el marco de lo que Burawoy (1985) define como *relaciones en la producción*, para diferenciarlas de las *relaciones de producción*. Estas últimas se refieren a la forma concreta que adopta la expropiación del excedente, determinando la forma y la evolución del proceso de trabajo que establece los límites de las transformaciones del modo de producción. Mientras que las primeras, las relaciones en la producción, refieren a un nivel de análisis más micro, el componente relacional del proceso de trabajo, y refiere a las relaciones, vínculos, que establecen los trabajadores en el espacio de trabajo propio. Es en este lugar donde pueden surgir los juegos de arreglárselas. El juego termina resultando en la conformación de un espacio y un tiempo propios, una forma de apropiación del mundo laboral por parte de los trabajadores que opera dentro del marco definido por el capital, y está asentado en el propio lenguaje del trabajo (Köhler y Artiles, 2006). Esto le da estabilidad y objetividad sin necesidad de ninguna codificación formal oficial. El aprendizaje de este lenguaje y la comprensión de sus contenidos y nociones estructuran el proceso socializador en el trabajo. De esta forma, el juego de arreglárselas logra integrar al trabajador al proceso de trabajo no como miembro de una clase definida en relación a la posesión o no de los medios de producción, sino como individuo (Köhler y Artiles, 2006).

Si bien con sus diferencias, los planteos de Braverman (1987), Friedman (1977), Edwards (1983) y Burawoy (1989), entienden al control en el proceso de trabajo como un aspecto indisolublemente ligado a la forma en que las empresas capitalistas buscan valorizar el capital y extraer plusvalía. Los últimos tres, comprenden a su vez, que no hay un camino unidireccional hacia la descualificación y un modo de control taylorizado, sino que se trata de un proceso más complejo que incluye distintas formas de control, incluso entre los propios trabajadores. Al mismo tiempo que el control es inseparable de la organización del trabajo, también lo es de las relaciones sociales en la producción existentes, la evolución de las diferentes formas de control también implica que sean los diferentes grupos de trabajadores los que ejerzan control entre sí, lo que puede generar relaciones de competencia. En este sentido, es importante señalar siguiendo a Finkel (1996) que las distintas formas que asume el control del proceso de trabajo no necesariamente están reguladas por criterios económicos ni tienen porqué ser las más eficaces, su consistencia deriva en gran parte del grado en que estén inmersas en el conjunto de las relaciones sociales.

El enfoque de riesgos psicosociales es útil para identificar elementos presentes en la organización del trabajo que pueden causar un daño a la salud, permite combatir los riesgos psicosociales en el origen y desarrollar medidas preventivas que impliquen cambios en la organización del trabajo. Uno de los grandes méritos de estos modelos es que han aportado evidencias científicas consistentes a través de estudios con población trabajadora sana y enferma del impacto de las dimensiones psicosociales de la organización del trabajo con la salud. Sin embargo es insuficiente para estudiar el proceso de trabajo en toda su complejidad: las relaciones de poder subyacentes entre los grupos de trabajadores, así como las formas predominantes que adquieren las relaciones en la producción en el trabajo en cada situación concreta dada. Si bien el enfoque de riesgos psicosociales considera a las relaciones sociales en el trabajo como un factor de riesgo para la salud (Neffa, 2015) y se han realizado estudios en tal sentido (Reguera, Bostal, Cassini, Malleville, 2017), consideramos que teniendo el foco puesto en la identificación individual de los riesgos por trabajador y fragmentando las dimensiones psicosociales como compartimentos estancos y cerrados sobre sí, no permite analizar las dinámicas relacionales del proceso de trabajo que requieren una mirada más colectiva de los procesos de trabajo. Como vimos a través de Friedman (1977), Edwards (1983) y Burawoy (1989), las estrategias de control de la fuerza de trabajo también suponen dividir a los trabajadores; en este sentido que determinados grupos ocupacionales detentan mayor autonomía y control sobre su proceso

de trabajo puede ser a costa de que exista otro grupo de trabajadores periféricos sobre los que se ejerza un control más directo y coercitivo. Comprender la dinámica individual de los trabajadores no permite comprender necesariamente la dinámica compleja e interrelacional de la organización del proceso de trabajo, de su producción y reproducción.

### **3. Control, autonomía y dimensión relacional en las organizaciones hospitalarias**

La producción del cuidado, como cualquier trabajo de la esfera del cuidado, es esencial para las economías capitalistas ya que permite la reproducción de la fuerza de trabajo. La producción del cuidado en las organizaciones asistenciales de salud posibilita que el capital disponga de sus trabajadores y trabajadoras diariamente. De modo contrario el sistema no podría reproducirse (González Francese, 2019). Dentro de la esfera estatal, la producción del cuidado realizada en organizaciones hospitalarias públicas tiene su propia lógica de valorización del capital. Como sostiene Marini (1979) las empresas estatales funcionan en un sistema capitalista a modo de capitales privados, y dan origen a la producción de plusvalía que, por su mediación, es apropiada por el Estado. Sin embargo no todo el gasto estatal es productivo o lleva a la acumulación de capital, los gastos sociales como es el caso de salud (y también el de educación) son desde el punto de vista estricto de la valorización del capital gastos improductivos. Sin embargo contribuyen a la reproducción y calificación de la fuerza de trabajo, elemento imprescindible para la valorización del capital en otras esferas.

La organización hospitalaria es de una gran complejidad (Mintzberg, 2001). La existencia de funciones y actividades diversas amplía la complejidad del proceso de trabajo. Esta división de la fuerza de trabajo asistencial es producto de procesos de determinación macro estructurales como la formación académica y la estratificación social (OPS, 2005). Las relaciones de trabajo acaban por ser la resultante de combinaciones técnicas, económicas y sociopolíticas. La heterogeneidad ocupacional es amplia: médicos según sus diversas variantes formativas y de carrera profesional (residentes, servicios varios, jefaturas, etc.), enfermería (licenciado/as, auxiliares, etc.) administrativos, servicios varios (mucamas, comidas, lavaderos, limpieza, mantenimiento, etc.), ambulancias, técnicos laboratorios, radiología, etc. (OPS, 2005).

El proceso productivo en los hospitales tiene por objeto central la producción del cuidado (Merhy, 2006), a partir de este punto los diferentes procesos de trabajo, confluyen con sus tareas en este objetivo final. La organización de los diferentes procesos tiene en la generación del cuidado el sentido último de su razón de hacer. Todos los procesos son interdependientes para alcanzar el objetivo final (de allí la complejidad organizativa de una organización asistencial). La manera como se vinculen esos procesos para alcanzar el objetivo del cuidado, depende de las relaciones intersubjetivas entre los trabajadores de los distintos grupos ocupacionales. Las relaciones que los trabajadores mantienen en sus trabajos crean las condiciones para que los mismos se integren y sientan parte de un equipo, su trabajo sea reconocido, se sientan valorados y perciban que realizan algo útil por los demás. A su vez, “las buenas relaciones interpersonales, las posibilidades de comunicarse y el mutuo apoyo social en el trabajo pueden incrementar el bienestar psicológico en el trabajo y crear un clima laboral saludable” (Neffa, 2015:215). En este sentido “el conjunto de los trabajadores de salud presenta potenciales de intervenciones en los procesos de producción de la salud, marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos asociados a la dimensión de cuidador que cualquier profesional de salud posee, sea médicos, enfermero, o un encargado de la puerta de entrada de un establecimiento de salud” (Merhy, 2006, p.85). Si bien comprendemos que los profesionales de la salud cuentan con un amplio margen de autonomía, que les otorga el saber previo consolidado, dificultado el control sobre su proceso de trabajo por parte de los mandos gerenciales (Spinelli, 2015; Mintzberg, 1984); de lo que se trata, en términos de Campos (2009) es de una adecuada combinación de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores. Si bien la autonomía presupone libertad, para que dicho trabajo sea eficaz se presupone también la capacidad de responsabilizarse por los problemas de los otros.

Estos debates se encuadran dentro de las teorías organizacionales, y los diferentes modos de pensar la administración y la gestión de las mismas. Gestionar una organización de salud, y cualquier organización que se encuentre dentro del campo de lo social, implica escapar de los viejos modelos

mecanicistas y racionalistas, de los enfoques normativos, que piensan la relación entre los mandos gerenciales y los trabajadores comandadas por la lógica cartesiana de sujeto-objeto (Spinelli, 2017). Tobar (2002) afirma que gestionar es conducir personas y sincronizar voluntades. La dimensión de la autonomía y la voluntad de los sujetos, pone de manifiesto que el problema de las organizaciones, no es solamente integrar todas las actividades indispensables para perseguir un resultado, sino también integrar las relaciones de poder y las estrategias de los actores que aseguran la ejecución de las actividades (Crozier y Friedberg, 1990). Más aun dentro de organizaciones de salud, donde el acto de producción y el acto de consumo ocurren al mismo tiempo (Merhy, 2006), y la dimensión relacional es consustancial e intrínseca al proceso del producción del cuidado, ya que ella misma representa la propia ejecución de dicho proceso.

Plantear el problema del control y la autonomía del proceso de trabajo, en estrecha conexión con la dimensión relacional de la producción del cuidado, es comprender la necesidad que tienen las organizaciones de alinear la misión de la institución con los intereses de las personas (Tobar, 2002), lo cual exige pensar en términos de actitudes, valores, formas de ejercicio del poder, capacidades de comunicación y relacionales (Spinelli, 2017).

#### **4. Aspectos metodológicos**

La estrategia teórico-metodológica consistió en una triangulación de métodos a través de la aplicación de herramientas metodológicas cualitativas y cuantitativas (Breilh, 2008). El trabajo de campo fue realizado de manera conjunta con APTASCH, la filial sindical en Chaco de la Federación Sindical de Profesionales de la Salud de la República Argentina (FESPROSA). La FESPROSA es una organización nacional profesional de carácter netamente sindical, con afiliados de todas las categorías ocupacionales del amplio espectro que comprende a los trabajadores de la salud.

La población de estudio fueron los trabajadores de la salud afiliados a APTASCH. Para la identificación de la prevalencia de riesgo de la dimensión control/autonomía y de la dimensión relaciones interpersonales se aplicó el cuestionario COPSQ-ARG en su versión corta. Es un cuestionario que cuenta con 7 dimensiones: exigencias en el trabajo, doble presencia, organización del trabajo, relación interpersonal y liderazgo, inseguridad, confianza y justicia; de las cuales relación interpersonal y liderazgo y organización del trabajo (que refiere a la autonomía, posibilidades de desarrollo, control, sentido del trabajo) fueron las seleccionadas para su profundización y estudio.

El cuestionario fue enviado por mail al padrón de afiliados gracias a la colaboración de las referentes sindicales de APTASCH. Dentro de Los trabajadores afiliados a APTASCH se incluyeron trabajadores tanto del primer como del segundo nivel de atención, de las diversas categorías ocupacionales consignadas (Ver Cuadro 1). La participación fue voluntaria. Fueron 206 trabajadores los trabajadores que completaron el cuestionario entre julio y diciembre del 2018. El mismo fue aplicado de manera auto administrada a través de un envío por correo electrónico. El cuestionario permite categorizar a la población como un semáforo, siendo verde: exposición a condiciones psicosociales del trabajo favorables, amarillo: exposición a condiciones psicosociales del trabajo intermedias y rojo: exposición a condiciones psicosociales del trabajo desfavorables. Para una exploración inicial respecto a la percepción sobre su proceso de trabajo en lo referente a la dimensión relacional y a variables como la autonomía, control, posibilidades de desarrollo y sentido del trabajo; se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a cuatro trabajadores de la salud afiliados a APTASCH (a una bioquímica, médico generalista, auxiliar en enfermería y psicóloga) y una charla grupal entre los trabajadores que acudieron a una primer devolución sobre los resultados de la aplicación del cuestionario realizada en una sede de APSTACH el 15 de noviembre del 2018 en Resistencia, Chaco. Los trabajadores entrevistados fueron seleccionados en primer lugar por su predisposición e interés a participar en el estudio, y en segundo lugar intentando obtener una diversidad en lo relacionado a la categoría ocupacional, al nivel de establecimiento y a la localización geográfica, variables que consideramos importantes para dar cuenta de procesos de trabajo y organizaciones disimiles . Mientras que la bioquímica se encontraba trabajando en un hospital público de alta complejidad en la ciudad de Resistencia, el médico generalista trabajaba en un hospital en el interior de la provincia, la auxiliar en enfermería lo hacía en un centro de salud de la ciudad de Resistencia, y la psicóloga en un hospital en una localidad ubicada en las afueras de la capital.

Para la realización de la entrevista se partió de un conjunto de núcleos temáticos planificados previamente, y al mismo tiempo se dio lugar a preguntas espontáneas. En este sentido, las dimensiones que se consideraron cruciales fueron: vínculo con el trabajo (tareas, modo de realizarlas, percepción del desarrollo de la jornada laboral) vínculo con la organización (organización y división de tareas, tareas por fuera de lo asignado, toma de decisiones) vínculo el equipo (relación con compañeros u otros sectores, interdependencia, cooperación, competencia), vínculo con el usuario (percepción sobre el usuario, modos de vincularse con él). Estas categorías de vínculos permitieron, a partir de un abordaje cualitativo de las propias experiencias de los trabajadores, pensar el nivel de control y autonomía respecto al trabajo, a la organización, al equipo y al usuario, así como el entrecruzamiento con la dimensión relacional.

El cuestionario se analizó a través del programa estadístico SPSS, y las entrevistas fueron analizadas manualmente a través de un análisis de contenido. Se consideró que el instrumento de evaluación de riesgos psicosociales podía echar luz sobre determinados aspectos problemáticos o de riesgo para los trabajadores, pero que necesariamente la triangulación con las entrevistas podría poner de manifiesto una relación subyacente entre el control y la autonomía, y la dimensión relacional del proceso de producción del cuidado que no captara el cuestionario. Las entrevistas fueron realizadas luego de contar con los resultados de la aplicación del cuestionario y luego del intercambio grupal con un grupo de afiliados donde dichos resultados fueron compartidos y debatidos. Esto permitió que en el espacio de la entrevista se profundizaran a través de las experiencias personales, las tensiones entre el control y la autonomía del proceso de trabajo, y las dificultades en las relaciones interpersonales que ya habían sido problematizadas en la discusión grupal.

Para el presente estudio tomamos como referencia la categorización ocupacional elaborada a partir de trabajos conceptuales de Emerson Merhy (2006) y OPS (2005), tal como indica el siguiente cuadro:

**Cuadro 1. Agrupamientos del proceso de trabajo de acuerdo a profesiones y ocupaciones**

Agrupamientos proceso de trabajo	Profesiones y ocupaciones
Cuidado del usuario (Núcleo Cuidador)  A	Médicos/as
	Odontólogos/as
	Psicólogos/as
	Lic. Enfermeros/as
	Farmacéuticos/as
	Terapeutas
	Bioquímica/o, Lic. en química, bacteriología
	Nutricionistas
	Obstetras
	Kinesiólogos/as
	Fonoaudiólogos/as
	Terapistas ocupacionales
	Psicopedagogos
Trabajadores/as sociales	

Apoyo Técnico <b>B</b>	Servicio de urgencia
	Técnicos/as laboratorios
	Radiólogos/as
	Tec. Enfermeros/as
Apoyo Servicios <b>C</b>	Auxiliar odontología
	Auxiliares enfermería
	Cocineros
	Auxiliares de cocina
	Trabajadores lavandería
	Electricistas
	Plomeros
	Obreros de caldera
	Jardineros
	Personal de limpieza
	Guardias de seguridad
	Conductores de ambulancia
Conductores de vehículos	
Apoyo Administrativo <b>D</b>	Recepcionistas, gestión turno
	Administrativos
	Informáticos

## 5. Discusión

Respecto a los datos sociodemográficos de la muestra: el 75% son mujeres y el 25% son hombres (Cuadro 2). Respecto a la distribución por ocupaciones, el 46% pertenece al núcleo cuidador, el 26% al apoyo técnico, el 11% al apoyo servicios y el 17% al apoyo administrativo (Cuadro 3); respecto al nivel del establecimiento el 39% trabaja en centros de atención primaria y el 53% en organizaciones hospitalarias (Cuadro 4); en relación a la localidad, la mitad de la muestra (52%) trabaja en Resistencia, capital de la provincia de Chaco; seguido por Villa Ángela (6%) Barranqueras (5%) y Fontana (5%).

### Cuadro 2. Distribución porcentual de la muestra por género

<b>Género</b>	
Mujeres	75%
Hombres	25%
Total	100%

Fuente: elaboración propia

### **Cuadro 3. Distribución porcentual de la muestra por categoría ocupacional**

#### **Categoría ocupacional**

Núcleo cuidador	46%
Apoyo técnico	26%
Apoyo servicios	11%
Apoyo administrativo	17%
Total	100%

Fuente: elaboración propia

### **Cuadro 4. Distribución porcentual de la muestra por nivel de establecimiento**

#### **Nivel del establecimiento**

Centros de atención primaria	39%
Organizaciones hospitalarias	53%
Otros	8%
Total	100%

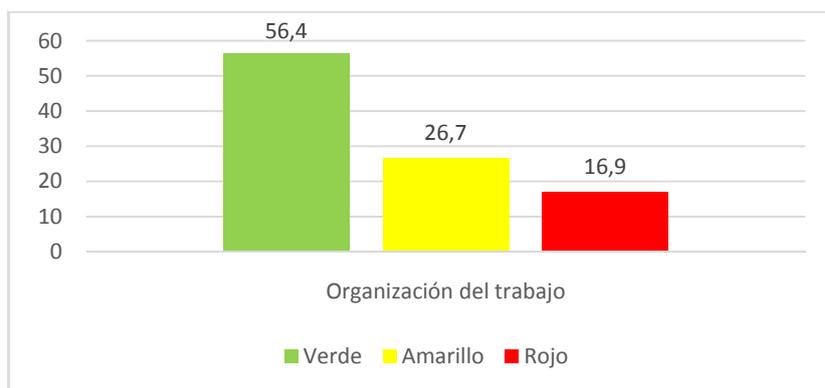
Fuente: elaboración propia

#### **5 a) ¿De qué protege la autonomía sobre la tarea inmediata?**

La aplicación del cuestionario COPSQ-ARG junto con las entrevistas en profundidad y el intercambio grupal con algunos de los trabajadores de la salud que respondieron el cuestionario, permitió identificar a la dimensión psicosocial Relaciones interpersonales y liderazgo como aquella que mayor riesgo presenta para la salud de los trabajadores, mientras que la dimensión Organización del trabajo se identificó como una dimensión protectora para la salud de los mismos.

La dimensión Organización del trabajo, cuyas subdimensiones son: autonomía, posibilidades de desarrollo, sentido del trabajo y control sobre tiempos a disposición, es la dimensión con menor riesgo. Solo el 16% de la muestra se encuentra en el tercil rojo de exposición, mientras que el 57% de la muestra se encuentra en el tercil verde de exposición (Ver gráfico 1), lo que podría hacer pensar, incluso, que esta dimensión es un factor protector para la salud. El 90,6% de la muestra cree que siempre o muchas veces sus tareas tienen sentido, el 76,4% cree que siempre o muchas veces su trabajo le permite aplicar sus habilidades y conocimientos y el 65% cree que siempre o muchas veces su trabajo le permite aprender cosas nuevas.

**Gráfico 1. Prevalencia de exposición según terciles en la dimensión Organización del trabajo**



Esto se condice con lo expresado por los trabajadores de la salud. Tanto los entrevistados como los trabajadores que expresaron su parecer en la charla grupal, muestran una sensación de satisfacción en lo que se refiere a su vocación y su tarea inmediata.

El médico generalista refirió atender por consultorio, durante la mañana y la tarde y guardias dos veces por semana, problemáticas de salud como ser enfermedades de transmisión sexual, infecciones urinarias, artrosis, artritis, enfermedades hepáticas, entre otras. Manifestó que lo que le daba satisfacción era:

*-“Cuándo puedo examinar al paciente, interrogar, sentarme a conversar, escucharlo al paciente, quizás no viene tanto por el dolor sino que viene más buscando una ayuda en la parte emocional.” (Médico, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

La bioquímica debido a los cambios acontecidos en el último tiempo, que mencionaremos más adelante, dio cuenta que su tarea principal era ser un comodín frente a las necesidades que iban surgiendo. Afirmó que su trabajo en la mesada [del laboratorio] era lo que le daba más satisfacción, su tarea concreta:

*-“el diagnóstico, los antibióticos, sí, estudiar, eso es lo que me da más satisfacción (Bioquímica, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

La psicóloga entrevistada dedicaba la primera media hora a dar turnos y luego se realizaba la atención propia de los pacientes que podían venir a través de los turnos asignados previamente, por demanda espontánea o podían llegar por interconsultas pedidas por otras áreas del hospital. Se refirió a lo que le daba más satisfacción de la siguiente manera

*-“Me gusta la clínica, para mí atender al paciente, escucharlo, a mí me encanta, ayudarlos y saber que están bien, que mejoran” (Psicóloga, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

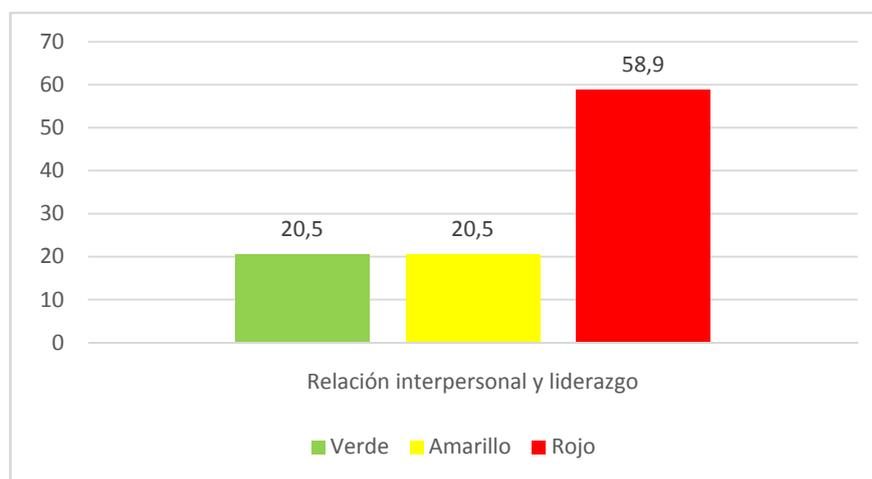
La enfermera comentó que cuando entra al servicio realiza la limpieza de la unidad y luego atiende de acuerdo a los turnos asignados cuestiones de peso y talla para niños, vacunas para adultos y adolescentes, así como también recibe derivaciones de otras áreas del centro de salud. Respecto a la posibilidad de aprendizaje, la enfermera refiere

*-“Todos los días aprendo cosas nuevas, aprendes de tus compañeros, de los cursos que te dan, de lo que se vive cotidianamente” (Enfermera, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

En la charla grupal los trabajadores refieren sentirse felices en lo vocacional, en la tarea concreta que realizan en el consultorio, en el caso de aquellos que trabajan de esta manera. Podemos comprender que los trabajadores de la salud encuentran en el saber especializado y la autonomía que tienen sobre la tarea concreta, un espacio que aminora o los resguarda de los problemas y conflictos que les trae la vinculación con sus compañeros de trabajo y sus superiores. Dejours (2015), desde la psicodinámica del trabajo, reconoce la existencia de un placer, que se encuentra antes de cualquier reconocimiento relacionado a la vinculación con los otros, que es el placer que uno extrae del vínculo directo con el trabajo, y que remite a una vinculación de uno con uno mismo.

La satisfacción que encuentran estos trabajadores respecto a la tarea inmediata, satisfacción relacionada con la autonomía que le brinda su saber especializado, y que como dijimos anteriormente impide el control del proceso de trabajo por parte de los mandos gerenciales, como lo requería la organización científica del trabajo ideada por Taylor (Neffa, 1990); se contraponen al alto nivel de riesgo en la dimensión Relación Interpersonal y Liderazgo, donde un 59,7% de los trabajadores se ubican en el tercil rojo de exposición, siendo la dimensión más desfavorable (Ver gráfico 2).

**Gráfico 2. Prevalencia de exposición según terciles en la dimensión Relación Interpersonal y Liderazgo**



Resulta interesante señalar este contraste, siendo la producción del cuidado en organizaciones hospitalarias, en términos de Merhy (2006) un proceso de trabajo esencialmente relacional. Si bien como veremos a continuación los entrevistados se figuran a las relaciones laborales como algo que excede a su trabajo propiamente dicho, la calidad de la vinculación que establezcan entre sí los diferentes procesos de trabajo, con sus diversas categorías ocupacionales, es crucial para la consecución del objetivo final. Razón por la cual, aunque los trabajadores logren una satisfacción respecto a su tarea inmediata, no es menor que se manifiesten conflictos o riesgos para la salud en la dimensión relacional.

En la discusión grupal, al mostrar los resultados preliminares de la aplicación del cuestionario, se suscitó una reflexión entre los trabajadores de la salud presentes el riesgo alto en la dimensión Relación interpersonal y liderazgo. Expresaron que las malas relaciones laborales eran parte de su experiencia como trabajadores, entre lo que algunos trabajadores refirieron podemos mencionar lo siguiente:

*-“La palabra de más que decís genera un problema” (Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

*-“A las relaciones interpersonales yo en verdad las llamo puterío” (Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

*-“Me gusta la salud pública pero me cansa todo lo otro” (Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Un odontólogo contó que de sus treinta años de servicio, los últimos diez fueron como directivo, que si bien creció más que en su verdadera profesión, padeció el cargo por tener que resolver problemas de personas ajenas a la organización. Concluyendo en sus propias palabras

*-Me voy a dedicar a la atención, no más relaciones interpersonales. Me aislé de la profesión, quiero trabajar lo más solitario posible. (Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Resguardarse en el consultorio lo percibe como una forma de alejarse de los vínculos con los pares entendiendo que de esta manera lograría *trabajar lo más solitario posible*, desconociendo que su relación con los usuarios de atención supone también una vinculación y una producción subjetiva del acto del cuidado (Merhy, 2011).

Hasta este momento, a partir de la aplicación del cuestionario de riesgos psicosociales podemos identificar a la dimensión de Relación Interpersonal y Liderazgo, como una dimensión de riesgo para la salud de los trabajadores; y a la dimensión Organización del trabajo como una dimensión protectora. A través de las entrevistas, pudimos constatar la satisfacción respecto a la realización de la tarea inmediata. Ahora bien ¿es suficiente la autonomía de los trabajadores de la salud sobre su tarea para lograr una producción relacional del cuidado? La autonomía protege, o aminora, los riesgos a la salud que se presentan en la dimensión Relación Interpersonal y Liderazgo pero ¿es útil para pensar la salud más allá del plano individual? ¿Es útil para pensar la salud en términos colectivos? De estas dos cuestiones daremos cuenta en los siguientes apartados.

### **5. b) Conflictos horizontales y verticales a contramano de la identificación del carácter colectivo del trabajo.**

De las subdimensiones que contiene la dimensión Relación Interpersonal y Liderazgo, es conflicto de rol donde aparecen respuestas más desfavorables, el 45% de la muestra cree que siempre o muchas veces tiene que realizar tareas que a su criterio deberían hacerse de otra manera. Esta subdimensión comprende dos facetas: por un lado las exigencias contradictorias que se presentan en el trabajo cuando existen discrepancias entre las tareas o funciones que se deben cumplir y por otra, cuando los valores del trabajador se contradicen con el contenido de las tareas que debe realizar y puedan suponer conflictos de carácter profesional o ético. Más allá de la adscripción a un determinado valor (ya sea ideológico, ético o religioso) que contraste con la tarea, esta tarea deberá ser realizada por el trabajador.

En las entrevistas en profundidad realizadas, surgen referencias a la falta de claridad de las tareas a realizar:

*-El grupo de trabajo es difícil y las tareas no están muy bien determinadas (Bioquímica, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Una enfermera entrevistada también refiere problemas con su superior con relación a las discrepancias en las tareas:

*-“Ella supuestamente tiene que llevar lo que son las tareas de enfermería, cómo nosotros nos desenvolvemos, pero ella tiene menos años en el servicio que nosotros (...) entonces hay cosas que ella no sabe hacer y te quiere venir a decir cómo se hacen. Y ahí empiezan los roces” (Enfermera, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

En este fragmento se pone en evidencia además lo que referíamos anteriormente como cualificaciones tácitas, aquellas que se adquieren a través de la experiencia y no por medio de un conocimiento teórico o formal (Finkel, 1996). La disputa por el control o la autonomía, referida a la forma en la que se realizan las tareas, también tiene que ver con esta disputa de saberes.

Otra de las dimensiones con respuestas más desfavorables es previsibilidad en donde el 37% de la muestra considera que sólo alguna vez o nunca se le informa con suficiente antelación las decisiones importantes, cambios y proyectos de futuro.

De acuerdo a su relato la bioquímica entrevistada, refiere que luego de volver de sus vacaciones le quitaron las tareas que hasta entonces tenía a cargo sin previo aviso, y pasó a no tener ninguna tarea ni lugar específico en el que trabajar. Las trabajadoras que empezaron a ocupar su lugar en el laboratorio, no estaban previamente capacitadas por ella. En este sentido refiere problemas tanto con sus superiores como con sus pares de trabajo.

*–“Históricamente, el que va a estar en un material está al lado del que estuvo en ese material y yo no las forme, estuve ocho años acá, y yo no las pude formar.”(Bioquímica, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Otro de los entrevistados, un médico generalista, relata un conflicto con el directivo del hospital que lo obligó a realizar guardias. A partir de los resultados de la aplicación del cuestionario la realización de guardias puede considerarse un factor de riesgo para la salud de los trabajadores: de los trabajadores que las realizan un 64,8% se ubican en el tercil rojo de exposición, mientras que un 53,2% de los que no realizan guardias se ubican en el mismo tercil, una diferencia de más de 10 puntos porcentuales. Por lo cual la realización de guardias implica una exposición diferencial en la dimensión Relación interpersonal y liderazgo. En palabras del entrevistado:

*–“Me obligan a hacer las guardias, no lo hago por gusto, yo si es por mí no hago guardias, ninguna, no me gusta hacer guardias, quiero hacer las 44hs por consultorio, pero me obligan a hacer las guardias.” (Médico generalista, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Por último referido al reconocimiento, el 35% de la muestra considera que su trabajo sólo alguna vez o nunca es valorado por la dirección, gerencia o dueño. La bioquímica refiere:

*- Sentí justamente que en el lugar que yo estaba más cómoda, -a veces estaba más cómoda que en mi casa- no fui bien aceptada, valorada” (Bioquímica, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Cómo mencionamos anteriormente, el enfoque de riesgos psicosociales permite identificar estas cuestiones para trabajar a nivel preventivo sobre el origen de las exposiciones. Lo que nos interesa rescatar a través de los análisis neomarxistas sobre el control del proceso de trabajo, es aquel aspecto dinámico, en donde el control entendido como forma de poder es fundamental; para preguntarnos si es suficiente la autonomía que perciben los trabajadores sobre su proceso de trabajo para una producción del cuidado con características relacionales; si esta autonomía sobre la tarea específica permite una producción de la salud, de los propios trabajadores, entendida en términos colectivos y no individuales.

En primer lugar cabe problematizar el grado de autonomía de los profesionales de la salud: ni el control ni la autonomía son posiciones fijas y totales, o propiedades cristalizadas de los sujetos trabajadores. Mintzberg (2001) entiende la organización hospitalaria en términos de burocracia profesional. La autonomía que les otorga a los profesionales de la salud el saber previo consolidado pone de manifiesto la dificultad de controlar al trabajador tal como lo requería Taylor en la producción fabril (Spinelli, 2015). Para Mintzberg (2001) esto significa que el profesional trabaja de forma relativamente independiente de sus colegas y de la organización, la mínima coordinación necesaria se encuentra estandarizada lo cual hace que el diálogo prácticamente no sea necesario. Esta manera de concebir el trabajo en salud pasa por alto que el proceso de producción del cuidado propio de la organización hospitalaria implica la intervención de diferentes procesos de trabajo en la producción del objetivo final y que son las relaciones intersubjetivas entre los trabajadores las que permiten vincular los diversos procesos de trabajo en función de un solo propósito: la producción del cuidado. La autonomía del propio proceso de trabajo se revela insuficiente para la producción de actos de

cuidado que vayan más allá de la tarea inmediata del trabajador. La estandarización de la coordinación tampoco resuelve los conflictos, tanto horizontales como verticales, que se producen entre los trabajadores y dificultan la producción del cuidado. Es interesante, en este sentido, repensar determinadas miradas de gestión y administración de las organizaciones que piensan la coordinación como vaciada de sujetos y subjetividades, y homologan la existencia de la norma y el protocolo a su cumplimiento, en términos lineales.

En las entrevistas en profundidad, los entrevistados refirieron límites concretos a la realización de sus tareas por la relación con otros grupos ocupacionales.

- *“Hay muchos errores, me refiero a que los administrativos, no están para mí muy bien capacitados entonces no cargaban todos los informes, o los cargaban mal y no puedes hacer datos si no tenes todo lo otro previo.” (Bioquímica, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

A su vez pueden visualizarse derivaciones de conflictos. El médico generalista, que señaló ser presionado por el directivo del hospital para realizar guardias, también identificó como este conflicto se trasladó hacia otros grupos ocupacionales

- *“También me lo hacen sentir de otra manera, no me limpian por ejemplo el consultorio. Cuando yo veo que el consultorio de mi colega está limpio, lo tienen listo, mi consultorio está todos los días sucios, tengo que ir a buscar a la persona que limpia, no está, tengo que ir a buscar a la jefa de la persona que limpia.” (Médico generalista, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

O que los administrativos le sobrecargaban de pacientes

- *“Noté que en estos últimos tiempos, mi planilla aparecía llena mientras que a los otros colegas por ejemplo le asignaban 10, 8 u 12 pacientes, los míos eran religiosamente 16, llenita la planilla. .” (Médico generalista, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Cuándo se le preguntó a qué se debía el entrevistado refirió

- *“Viene más de la parte de arriba, como que son órdenes que reciben esas personas que están con una beca o con un contrato pequeño y si no responden a los jefes, le cortan, le suspenden o no les pagan. Entonces como que tienen que jugar el juego de ellos.” (Médico generalista, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

También referido a la vinculación entre grupos ocupacionales la enfermera entrevistada señala

- *“Nosotros tenemos un médico a la tarde que es conflictivo, y él dice que nosotros los enfermeros no somos nadie.” (Enfermera, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Pese a la autonomía sobre la tarea inmediata, ya identificada, al mismo tiempo a través del relato de los trabajadores se evidencia la dependencia respecto a sus pares o superiores en la realización de sus tareas.

La enfermera entrevistada afirma sobre sus tareas:

- *“No te las asignan porque nosotros ya sabemos lo que es nuestro trabajo como enfermeros, es parte de la práctica de la enfermería.” (Enfermera, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Sin embargo para la realización de algunos estudios, pese a que ellos puedan saber que tienen que realizarlo deben esperar una orden médica

*-“Hay cosas que tiene que venir la orden médica, si no viene la orden médica no lo puedes hacer, si no viene la orden médica tengo que esperar.”(Enfermera, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Como se pudo observar a través de las cuatro entrevistas en profundidad realizadas, los trabajadores en el cotidiano, para la realización satisfactoria de su trabajo, deben relacionarse con otros trabajadores, ya sea con superiores, con compañeros o con otros grupos ocupacionales. La autonomía sobre el micro espacio de trabajo, el conocimiento o el saber especializado, no son suficientes para la consecución del objetivo final. Como sostiene Wood (1982), realizando una crítica a Braverman, una de las cuestiones centrales es concebir el control en términos unidimensionales, y de suma cero, y a igualar la adquisición del conocimiento con el monopolio del mismo.

Los conflictos señalados en dicha coordinación no pueden entenderse solo a través de las fallas en la estandarización, o en la insuficiente capacitación de algunos trabajadores. O incluso aunque así lo fuera, requiere pensarse en términos de relaciones de poder, de intereses y estrategias de los actores. Para Burawoy (1989) el proceso de trabajo debe entenderse desde la dinámica conjunta de la coacción y el consentimiento, en donde son los mismos trabajadores los que crean las condiciones para el consentimiento, creando reglas informales y un espacio y tiempo propios controlando en cierta medida el proceso productivo. En estos *juegos de arreglárselas*, como Burawoy (1989) los denomina, los conflictos entre los diversos grupos de trabajadores atenúan los enfrentamientos con la dirección. Para este autor la desviación de los conflictos jerárquicos hacia conflictos laterales conspira contra la identificación de clase, transformando una hegemonía basada en la coerción a una hegemonía consensuada en el lugar del trabajo (Finkel, 1996). Si bien el referencial de Burawoy (1989) es una fábrica en Chicago en los años setenta, la idea de la lateralización de los conflictos y la obtención de consentimiento a través del establecimiento de reglas informales, es útil para pensar la complejidad del trabajo en salud. Como señala Burawoy (1989) la contradicción entre el dominio de las herramientas del propio trabajo o tarea y la dependencia respecto a otros, es decir entre actividades productivas y relaciones sociales en la producción, da lugar a distintos tipos de acuerdos y conflictos. Friedman (1977) afirma que un camino muy frecuente consiste en dividir a los trabajadores aplicando diferentes tipos de control a diferentes grupos, diferenciando a los trabajadores centrales -aquellos que por su competencia específica son esenciales para el funcionamiento de la organización- a los cuáles se les asegura su estabilidad y participan en el proceso de trabajo con relativa autonomía-, de los trabajadores periféricos -aquellos cuyo trabajo es generalmente no cualificado o semi cualificado y pueden ser fácilmente sustituidos- a los cuáles se les aplicará formas de control directas o tayloristas (Finkel, 1996). Es posible pensar a la organización hospitalaria, y al control que detentan los distintos grupos ocupacionales con sus diferentes procesos de trabajo en este sentido. El control no tiene solamente que ver con el saber como un ente separado de las relaciones sociales de producción y poder que se tejen en las organizaciones. Tanto el médico generalista como la bioquímica presentan problemas con sus pares de trabajo, que se derivan de conflictos con sus superiores. La bioquímica expresa disgusto con el personal que ahora ocupa su lugar sin haber sido previamente capacitado por ella, mientras que el médico generalista, en una dinámica más coercitiva, tiene problemas con los administrativos o el personal de maestranza por órdenes que los mismos seguirían por parte de los directivos. El médico generalista comprende que tanto los administrativos como el personal de maestranza tienen que cumplir estas órdenes emanadas por la dirección porque de ello depende su estabilidad laboral:

*- “Son personas que están con una beca con un contrato, pequeño y si no responden a los jefes, como que le cortan, le suspenden, no les pagan” (Médico generalista, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

En términos de Friedman (1977) estos últimos trabajadores serían periféricos y podrían ser fácilmente sustituidos si no respetan las órdenes de la dirección, aunque esto implique dificultarle el trabajo a un compañero.

Si bien en el caso de los entrevistados los conflictos con los pares trabajadores no encubren el conflicto con los superiores, sí creemos que atenta contra la identificación del carácter colectivo del trabajo. La producción del cuidado, como objetivo final de las organizaciones sanitarias, requiere contar con equipos de personas implicadas y comprometidas con un proyecto común, en donde la autonomía de los sujetos esté en función de una tarea colectiva que establezca la superioridad de la cooperación sobre la competencia. Los modos de gestionar dichas organizaciones requieren la elaboración de formas de trabajar con personas en términos de relaciones sujeto-sujeto, y esto implica trabajar tanto con las pasiones como con las miserias (Spinelli, 2017).

La cuestión del control de proceso de trabajo es después de todo, para los análisis neomarxistas, una cuestión de poder. Esta apreciación pone a su vez en evidencia una cuestión: no se trata de quién tiene o quién no tiene el control, sino de entender el mismo como una relación social y de poder dentro de los lugares de trabajo, atada a las limitaciones estructurales por un lado pero también a las contingencias y redes de poder que se arman en cada situación de trabajo concreta. En este punto el enfoque de riesgos del trabajo flaquea al considerar a cada trabajador o cada grupo de manera aislada y no en las configuraciones de poder que se tejen entre ellos. Si bien dicho enfoque permite captar riesgos para la salud a partir de determinadas dificultades en las relaciones laborales tanto con pares como con superiores, no permite entender la configuración específica por la cual la autonomía de determinados grupos ocupacionales puede ser utilizada en detrimento de la falta de control o autonomía de otros trabajadores. La producción relacional del cuidado exige reflexionar a través de otros lentes teóricos que nos permiten captar y tratar de explicar las dificultades que se presentan en la vinculación entre los diferentes procesos de trabajo, y los grupos ocupacionales. Los análisis neomarxistas sobre el control del proceso de trabajo, nos permiten reflexionar sobre la desviación de conflictos jerárquicos hacia laterales, las dificultades para lograr consensos debido a la internalización de individualismos competitivos y por ende la dificultad en la identificación con el colectivo de trabajo. El médico generalista, la bioquímica, y la enfermera, mostraron a través de los conflictos señalados la preocupación por cuidar su propia parcela de trabajo, lo que hacen, defendiendo su tarea y por ende a ellos mismos. Las situaciones hostiles que señalaron les impidieron contar con la cooperación de sus pares, sobre todo en el caso del médico generalista y la bioquímica, por cierta percepción de que los otros también intentaban cuidar lo suyo, y eso no era compatible con un cuidado colectivo. Estas lógicas alienadas, en términos de Campos (2000), coartan la posibilidad de pensar en la tarea como un objetivo común, la satisfacción parcial respecto a la tarea inmediata sería la primera trinchera a defender. Lo que pone en evidencia también que el binomio protección/riesgo simplifica la complejidad de las relaciones sociales que se producen dentro de las organizaciones hospitalarias.

### **5. c) Una última reflexión: ¿La salud es colectiva?**

Al mismo tiempo el enfoque de riesgos psicosociales no permite pensar la salud en términos colectivos. Para Burawoy (1989) la desviación de conflictos jerárquicos hacia conflictos laterales conspira contra la identificación de clase. Al igual que Friedman (1977) y Edwards (1999) cree que el capitalismo monopolista puede lograr el control a través de la internalización de un individualismo competitivo. Creemos que esta misma lógica prima en las organizaciones hospitalarias, la fijación parcial al proceso de trabajo, el no compromiso por el objetivo final del proceso productor de cuidados junto con una lógica individualista y competitiva, erosiona el sentido colectivo del trabajo (Campos, 2009). Siguiendo a Finkel (1996) el surgimiento de la economía de servicios y de una nueva clase de trabajadores tecno profesionales produjo un cambio profundo en la cultural, los valores y las normas dominantes; entre estos cambios la ética tradicional del trabajo fue reemplazada por otra que puso un mayor énfasis en la libertad individual y en la autonomía profesional (Finkel, 1996).

En este sentido la psicóloga entrevistada, se refirió al intento de una experiencia grupal en su lugar de trabajo

*–“Mi colega, la que está a la mañana, intento hacer reuniones para hacer trabajo en equipo, yo le dije que la apoyaba y la iba a acompañar (...) la idea era armar un equipo de trabajo para seguimiento de casos. (...) Y las reuniones de equipo no se lograron, fue un*

*espacio de catarsis, todo el mundo iba a descargar lo que no podía hablar en otros espacios, o en sus propios sectores.” (Psicóloga, Resistencia, Chaco, Argentina, 15/11/2018)*

Para Campos (2009) la fijación parcial del profesional a una determinada etapa del proyecto terapéutico produce alienación, en la medida en la cual el profesional no se siente sujeto activo en el proceso de rehabilitación del usuario. La fragmentación del proceso terapéutico y por ende de los equipos de trabajo, provoca en definitiva la no responsabilización del objetivo final de la propia intervención. Cabe matizar la potencialidad de la autonomía y el control en procesos de trabajo con características relacionales. A su vez como agrega Campos (2009) no debe ser pasado por alto que el gran nivel de autonomía del que disponen los trabajadores de la salud, haya sido más utilizado para la defensa de sus propios intereses corporativos que para la construcción de proyectos terapéuticos eficaces.

Tal como sostiene Amable (2006) respecto a la precariedad laboral, creemos que estos factores individualistas y competitivos presentes en las organizaciones hospitalarias implican restricciones a la conformación de identidades colectivas, y que es en el terreno de estas relaciones sociales fragmentadas que emerge la salud colectiva como un problema. La realización personal de los trabajadores pasa por un reducto ínfimo y fragmentado de su proceso de trabajo, y es ajeno al reconocimiento de la producción colectiva del cuidado, y a la identificación y el compromiso con los pares del trabajo. Nos faltan elementos en el presente artículo para ahondar más en la percepción de salud de los trabajadores, y en las complejidades que entraña pensar la salud en términos colectivos. Sin embargo, no queríamos dejar de hacer mención a ello, para escapar de las limitaciones que implica pensar el control y la autonomía, y la dimensión relacional solo en aras de la problemática de la eficacia del trabajo. Para Campos (2000), las instituciones de salud existen para producir valores de uso y realización personal de los trabajadores. Y como le suma Onocko (2008) este doble objetivo, permite trabajar con énfasis en los fines, sin acabar con los sujetos que allí trabajan.

## **6. Conclusión**

Nos hubiera gustado en el presente estudio poder realizar comparaciones entre las diferentes categorías ocupacionales, niveles y localización geográfica de los establecimientos, tanto de los trabajadores que respondieron el cuestionario como de los entrevistados, para avanzar en las diferencias que podrían existir por sus disímiles procesos de trabajo. Sin embargo, por su reducido tamaño y por tratarse de un estudio exploratorio, ninguna de las dos muestras (la cualitativa y la cuantitativa) nos permitió ese tipo de análisis. De todas maneras, creemos que avanzar en investigaciones en donde haya una triangulación metodológica es sumamente deseable. Pese a las limitaciones señaladas, el enfoque de riesgos psicosociales cuenta con una amplia validación internacional para detectar dimensiones psicosociales presentes en la organización del trabajo que sean un riesgo para la salud. En lo que respecta al presente estudio dicho enfoque permitió captar que la dimensión Relación Interpersonal y Liderazgo era de alto riesgo para la salud de los trabajadores, lo que coincidía con lo expresado tanto en las entrevistas en profundidad como en la charla grupal; y al mismo tiempo permitió captar el bajo riesgo en la dimensión Organización del trabajo, que también coincidía con las percepciones de los trabajadores sobre su proceso de trabajo. Sin embargo, creemos que este análisis por sí solo es insuficiente ya que considerar las dimensiones psicosociales como compartimentos estancos y cerrados sobre sí, no permite ver las implicancias mutuas que existen entre ambas dimensiones. En otras palabras, los principales resultados del presente estudio ponen de manifiesto que los trabajadores de la salud se resguardan o protegen de los conflictos presentes en las relaciones intersubjetivas a través de la satisfacción que les da tener control sobre la tarea inmediata. Resguardarse en su área de trabajo lo perciben como una forma de alejarse de los vínculos con los pares. Sin embargo otra de las conclusiones que pudimos elaborar, es que la consecución del objetivo final, para procesos de trabajo con características relacionales, está íntimamente ligada a la vinculación entre los diferentes equipos y sus procesos de trabajo. Pese a sus percepciones de trabajo solitario, los trabajadores también dan cuenta de la interdependencia con sus pares (administrativos,

limpieza, colegas del mismo equipo, superiores, médicos); estos vínculos son esenciales para que la producción del cuidado se lleve a cabo.

El abordaje cualitativo, a través del prisma neomarxista, permitió comprender como el control y la autonomía, estaban inmersos en las propias relaciones en la producción, entendidas como relaciones de poder. Permitiendo capturar la producción del cuidado en su aspecto más complejo y dinámico. También permitió comprender que la ausencia de un control directo o taylorizado no implica la falta de control *per se*. En la medida en que los trabajadores internalizan una lógica individualista y competitiva, el control se ejerce de manera horizontal entre los distintos grupos de trabajadores. A su vez nos permitió matizar la protección a la salud que usualmente se le adjudica a la autonomía que tienen los trabajadores sobre su proceso de trabajo. Muchas veces esto protege a los trabajadores de un involucramiento pleno en el proceso productor de cuidados, impide la conformación de identidades colectivas y lleva a la fijación parcial del proceso de trabajo impidiendo la responsabilización respecto al objetivo final de la propia intervención. Es necesario aclarar, aunque no sea el tema específico de este artículo, que creemos que la imposibilidad de un involucramiento pleno, puede estar en relación con las condiciones de empleo precarias y con la falta de marcos de contención institucionales que reconozcan la labor de los trabajadores. Por último pensar la salud en términos individuales es insuficiente. Para procesos de trabajo que implican la producción de un servicio, cómo es el caso de la salud, lo relacional es central; y es en este sentido que superar la alienación presente en las relaciones intersubjetivas es clave para recuperar y reapropiarse del derecho a la salud entendido en términos colectivos.

## 7. Bibliografía.

Acevedo, Gabriel Esteban, Sánchez, Julieta., Farías, María Alejandra., & Fernández, Alicia Ruth. (2013). "Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina." En: *Ciencia & trabajo*, 15(48), 140-147.

Braverman, Harry (1987). *Trabajo y Capital monopolista*. México: Nuestro Tiempo.

Breilh, Jaime (2008). "Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología." En: *Centro de Estudios y asesoría en Salud*. Editorial Valle (CEAS) Quito Ecuador, 49-53.

Burawoy, Michael (1989). *El consentimiento en la producción*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

----- (1985). *The politics of production: Factory regimes under capitalism and socialism*. Verso Books.

Caicoya, Martín (2004). "Dilemas en la evaluación de riesgos psicosociales" En: *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 7(3), 109-18.

Campos, Gastão Wagner (2001). *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar. Editorial

Caplan, Robert, Cobb, Sidney, French, John, Harrison, Van y Pinneau Jr. (1975). *Job demands and worker health; main effects and occupational differences*. Washington: Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health.

Cockerham, William (2002). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson Educación.

Crozier, Michely Friedberg, Erhard. (1990). *El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva*. México: Alianza.

Dejours, Christophe. (2020). *El sufrimiento en el trabajo* (Vol. 42). Buenos Aires: Editorial Topía.

Derber, Charles (1982). "The proletarianization of the professional: A review essay". En: Derber, C. (Ed.) *Professionals as workers: Mental labor in advanced capitalism*. Boston: G. K. Hall.

De la Garza, Enrique (2011). "La revitalización del debate del proceso de trabajo" En: *RELET-Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 16(26), 7-35.

Edwards, Richard (1990). *El conflicto en el trabajo. Un análisis materialista de las relaciones laborales en la empresa P.K.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Edwards, Richard (1983). *Conflicto y control en el lugar de trabajo. El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones.* Madrid: Alianza.

Fernández-Prada, María., González-Cabrera, Joaquín., Iribar-Ibabe, Concepción., & Peinado, Jose María. (2017). "Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias" En: *Gaceta Médica de México*, 153(4), 452-460.

Finkel, Lucila (1996). *La organización social del trabajo.* Madrid: Ediciones Pirámida

Friedman, Andrew (1977). *Industry and Labour: Class Struggle at Work and Monopoly Capitalism.* Londres: The Macmillan Press.

González Francese, Roció (2019) "Trabajo doméstico remunerado: condiciones de empleo y su relación con la salud en trabajadoras de casas particulares de la ciudad de Avellaneda, 2019." Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Jiménez, Cristian Arley., Orozco, Margarita María., & Caliz, Nelly Esther (2017). "Factores de riesgos psicosociales en auxiliares de enfermería de un hospital de la red pública en la ciudad de Bogotá, Colombia." En: *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 20(1), 23-32.

Kahn, Robert, Wolfe, Donald, Quinn, Robert y Snoek, Diedrick (1964). Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. En: *Social Forces*, Vol. 43, No. 4 (May, 1965), pp. 591-592

Karasek, Robert Jr (1979). "Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign" En: *Administrative science quarterly*, Vol. 24, No. 2 (Jun., 1979), pp. 285-308.

Karasek, Robert, Theorell, Töres (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.

Köhler, Holm-Detlev y Artiles Martín. (2006). *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales.* Madrid: Delta Publicaciones.

Kompier, Michiel. (2003). "Job design and well-being". En: Schabracq, M, Winnubst, J y Cooper, C. *The handbook of work and health psychology.* Wiley

Lazarus, Richard & Folkman, Susan (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer publishing company.

Leyton-Pavez, Carolina, Valdés-Rubilar, Soledad, y Huerta-Riveros, Patricia (2017). "Metodología para la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo del sector público de salud." En: *Revista de Salud Pública*, 19(1), 31-40.

Llorens, Clara., y Moncada, Salvador. (2005). "Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención." España: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. En línea: <https://istas.ccoo.es/descargas/guia%20de%20sensibilizacion%20def.pdf>

Merhy, Emerson (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

----- (2011). "El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado" En: *Salud colectiva*, 7, 9-20.

Mintzberg, Henry (1984). *La estructura de las organizaciones.* Barcelona: Ariel.

Muntaner, Carles y O'Campo, Patricia (1993). "A critical appraisal of the demand/control model of the psychosocial work environment: epistemological, social, behavioral and class considerations." En: *Social science & medicine*, 36(11), 1509-1517.

Neffa, Julio Cesar; Henry María Laura (coords). (2017). *Trabajo y salud en puestos de atención al público: una investigación sobre riesgos psicosociales en el trabajo en ANSES.* Buenos Aires: Ed. Secasfpi, Citra-Umet, Conicet.

Neffa, Julio Cesar. (1990). *El proceso de trabajo y la economía de tiempo: Contribución al análisis crítico de K. Marx, FW Taylor y H. Ford.* Buenos Aires: Hvmantas.

----- (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo.* Buenos Aires: CONICET.

Oppenheimer, M. (1973). "The proletarianization of the professional." En: P. Halmos (Ed.), *The sociological review monograph.* Keele: Keele University.

OPS (2005). *Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para gerentes y administradores.* Washington: OPS.

Ramos Guajardo, Sandra y Ceballos Vasquez, Paula (2018). "Cuidado humanizado y riesgos psicosociales: una relación percibida por profesionales de enfermería en Chile" En: *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 3-16.

Reguera, Ana Julia, Bostal, María Cecilia, Cassini, Julieta y Malleville, Sofía. (2017). "¿Vínculos laborales nocivos?" En: *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 22.

Schaufeli, Wilmar y Salanova, Marisa (2002). ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo? En: *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 20(1), 4-9.

Selye, Hans. (1975). "Stress and distress." En: *Comprehensive therapy*, 1(8), 9-13.

Spinelli, Hugo (2017). "Gestión: prácticas, mitos e ideologías". En: *Saludcolectiva*, 13, 577-597.

Spinelli, Hugo(2015). "Work in the Healthcare Field: ¿Artisanal or Industrial Models?" En: *Investigación y Educación en Enfermería*. 33(2):194-205

Spinelli, Hugo., Trotta, Andrés., Guevel, Carlos., Santoro, Adrián., García Martínez, Sebastian., Negrín, Gisela, & Morales, Yaima. (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.

Tobar, Federico. (2002). *Modelos de gestión en salud*. Buenos Aires.

Warr, Peter. (1987). *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Wood, Stephen (1987). "The deskilling debate, new technology and work organization". En: *Acta sociológica*, 30(1), 3-24.

## 8. Agradecimientos

Este artículo fue escrito en el marco del trabajo de investigación realizado en el Grupo de Estudios en Salud Ambiental y Laboral de la Universidad Nacional de Avellaneda, al cual pertenezco como becaria doctoral, y la colaboración de APTASCH, la filial sindical de FESPROSA en la provincia de Chaco, Argentina. Agradezco especialmente a mi directora Constanza Zelaschi y a mi co director Marcelo Amable, a las compañeras de la filial APTASCH y a otra compañera que he encontrado en este camino de la investigación Viviana García, responsable del Instituto de Formación, Capacitación e Investigación de Fesprosa.