



Grupo Temático N° 10: Condiciones y medio ambiente de trabajo. Salud y calidad de vida de los trabajadores.

Coordinadores: Silvia Korinfeld, Julio C. Neffa y Andrea Suarez Maestre

Título: *Los determinantes sociales del Burnout: un estudio de caso en médicos hospitalarios de Mendoza*

Autor/es: Sandra Alicia Collado¹

E – mails: sandra.collado@gmail.com

Pertenencia institucional: Universidad del Aconcagua Mendoza Argentina

En el presente trabajo, presentaremos los avances en una de las categorías centrales de una tesis doctoral que trata sobre Burnout en médicos hospitalarios. Nuestra preocupación, surge por el aumento de casos de Burnout en el trabajo, el desconocimiento la patología como enfermedad laboral y fundamentalmente, por la falta de legislación en la argentina, sobre enfermedades laborales derivadas del estrés.

El problema se plantea, en el cruce entre las disciplinas de la Higiene y la Seguridad y las Ciencias Sociales porque consideramos que los estudios sobre enfermedades laborales, no deberían estar escindidos del contexto social en el cual ocurren. Nuestra propuesta es estudiarlo desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, porque consideramos que el proceso de salud-enfermedad está socialmente determinado (Breilh, 1992; Franco, Laurell y Nunes, 1991), que los procesos sociales subordinan a los procesos bio-psíquicos (Breilh en Oliva López y otros, 2006) y que si bien la enfermedad se expresa en la corporeidad y en la psiquis humana, sus orígenes se encuentran en los fenómenos sociales (Laurell, 1978, 1981). De esta manera, nuestra propuesta consiste en estudiar al Síndrome de Burnout, por tratarse de una enfermedad típica y característica de la época y a las condiciones de trabajo, que se vinculan con el origen del síndrome ed Burnout.

En este sentido proponemos estudiar, las condiciones de trabajo, que se constituyen en riesgos para la salud y que desencadenan al Síndrome de Burnout. Para poder lograrlo, tomamos al riesgo laboral como categoría típica de la disciplina técnica, para analizarla, desde la Sociología Crítica del Trabajo. Consideramos que nuestra perspectiva se instituye en crítica, al considerar para el análisis

¹ Sandra Collado es Licenciada en Calidad, Medio Ambiente e Higiene y Seguridad en el Trabajo. Es miembro de un equipo de investigación sobre *Trabajo* desde el año 2008. Integra el observatorio de conflicto social de la provincia de Mendoza, Argentina <http://observatoriomendoza.com.ar/>.



de la salud/enfermedad, otras dimensiones. Estas se apartan de los modelos hegemónicos que solo se limitan a los síntomas bio-psíquicos del sujeto, excluyendo el contexto social en el cual ocurre.

La investigación plantea como objetivo general, estudiar al trabajo y describir, los riesgos laborales que influyen sobre los procesos de salud/enfermedad en el marco histórico de las transformaciones actuales del trabajo, para entender cómo y por qué surgen las enfermedades derivadas del estrés. En esta ocasión, nos abocaremos a describir y analizar, los riesgos psico-sociales precursores de burnout, en el trabajo hospitalario y vincularlos a las condiciones de trabajo de los médicos.

Para investigar el origen social del Síndrome de Burnout, planteamos un estudio de caso, en médicos del Hospital Centra de Mendoza. Elegimos a dicho hospital, porque es emblemático para la salud de la región, por ser el hospital-escuela con mayor capacidad para recibir pacientes politraumatizados, por poseer la terapia intensiva mas grande de la región² y porque tener un origen histórico ya que el mismo se inauguró cuando ocurrió el terremoto de San Juan, allá por 1945. Consideramos que dicho lugar nos permitirá examinar la situación laboral, para analizar los procesos de trabajo y su relación con la salud de los trabajadores. Además, consideramos, que el estudio de caso, tiene el rigor científico necesario para permitimos generalizar, a partir de los resultados hallados (Marradi, 2012). Dentro de los estudio de casos, es analítico, porque intenta establecer relaciones de asociación entre la teoría propuesta y aquello observado en el caso propuesto (Coller, 2000; Yin, 2002). Además, es de tipo único, por ser representativo y significativo para el análisis del problema planteado (Yin, 2005:39). Técnicamente, la unidad de análisis elegida, es la de los médicos de la guardia, por la dinámica de trabajo y la *terapia*, por la complejidad de la misma. Consideramos que el sector de los médicos, constituyen una de las actividades que típicamente se estudian sobre Burnout. La comunidad que lo investiga, acuerda en que uno de los sectores más afectados por esta enfermedad, es el de la salud. Nosotros optamos por estudiar a los médicos, porque pertenecen a una de las ramas más vulnerables y expuestas a situaciones de estrés laboral. Esta vulnerabilidad surge, de la disonancia que produce confrontar sus propios valores éticos y morales, con la concepción materialista del trabajo actual, que considera al paciente como un cliente destinatario de su tarea y esta dualidad, enferma. En este sentido la estrategia cualitativa, es la que nos permite acercarnos al objeto de estudio para comprender el significado que los sujetos-médicos le dan por un lado, a su situación laboral y por el otro, a su propia experiencia de salud/enfermedad.

² La terapia intensiva del hospital Central, cuenta con 20 camas.



Partimos de la hipótesis que dice: *los procesos de salud enfermedad están determinados socialmente y que el estrés, es la condición de trabajo necesaria para que el capitalismo avance y esa condición, pone en riesgo la salud de los trabajadores.*

Sostenemos que existe un origen social de la enfermedad de Burnout y está relacionado con las condiciones de precariedad que imponen las formas actuales de organizar el trabajo. En este sentido, las políticas de flexibilización del trabajo contemporáneas, apelan a la manipulación de la subjetividad como mecanismo de control de los trabajadores, esto produce sufrimiento, angustia, ansiedad, depresión, estrés y burnout. Estas nuevas formas de organización del trabajo toyotizadas, no solo valorizan los aspectos vitales relativos a la fuerza física, sino también aquellos ligados a la inteligencia, la creatividad, las emociones, el lenguaje y la cultura. El trabajo en la actualidad necesita contar con la buena voluntad y la capacidad de movilizar, cualquier recurso que sea rentable. Requieren estar todo el tiempo disponible, ser creativo, competente, trabajar en equipo, colaborar, y responsabilizarse (Fernández Steiko, 2001; Montes Cató, 2006).

Consideramos que, las relaciones laborales se han individualizado. Al trabajador se le proponen objetivos particulares difíciles de lograr, que se gestionan de manera individual. Estas situación, genera competencia y rivalidad, lo cual dificulta la convivencia laboral. Por otro lado, las condiciones de trabajo no quedan fuera de esta lógica de gestión personal, que aísla y distancia a los trabajadores. Esto origina, un estado de profunda soledad, donde permanentemente el trabajador, debe estar dando muestras sus capacidades y competencias³.

Por otra parte, la ruptura de los vínculos en el trabajo, la despersonalización de las relaciones laborales, la pérdida de identidad del colectivos de trabajadores, aíslan al sujeto y lo sitúan en un lugar solitario, donde debe resolver cada situación de trabajo en el más profundo estado de soledad, lo cual genera, angustia y enferma (Dejours, 1990; Linhart, 1997).

El discurso del trabajo moderno está centrado en resaltar las posibilidades de ejercer el trabajo con autonomía y participación (Montes Cató, 2008), promovido por el ideal del trabajo en equipo, la flexibilidad, la calidad y el liderazgo. Consideramos que incorpora otras formas de apresar la voluntad de las personas, que apela a la subjetividad como interface para lograr la disponibilidad y el auto-control de cualquier aspecto de la personalidad del sujeto, que se torne peligrosa. La captura de la subjetividad, será imprescindible, para lograr que el consentimiento sea natural, siendo que,

³ Tomamos la definición de competencia de la Fundación Chile que dice 'saber movilizar y combinar recursos personales (conocimientos, habilidades, capital social y cultural) y recursos del entorno (tecnología, organización, etc.) para responder a situaciones complejas, realizando la actividad según el criterio de éxito explícito y consiguiendo resultados (productos y servicios) esperados'



cada día, el trabajo se torna más inmaterial, abstracto, intangible, relativo y cualitativo que bajo el discurso del progreso, acarrea mayor precarización⁴.

En este sentido, reflexionar sobre la subjetividad será central al hablar de mecanismos de control o disciplinamiento, categoría que tomará distinto nombre en autores como, Foucault, el cual le llamará *modos de subjetivación*, Linhart, *precariedad subjetiva* y Alves, *captura de la subjetividad*.

Todas estrategias, para lograr la implicación de los trabajadores con los objetivos empresariales.

Consideramos que la condición de trabajo se basa en la captura de la subjetividad, donde el estrés y el burnout son parte de ella. Así, el sujeto vive en un estado continuo de inseguridad, ansiedad y angustia, colmando de miedos y sufrimientos para poder mantenerse en el trabajo. En este sentido, es necesario que el trabajador esté estresado para que sea productivo, rentable y controlable. Esa tensión permanente para sostener aquello que el trabajo requiere y espera del sujeto, primero estresa y luego, produce Burnout.

Nuestra propuesta, es observar cómo las diversas situaciones de trabajo, contribuyen al surgimiento del Síndrome de 'quemarse por el trabajo' o Síndrome de Burnout, en médicos hospitalarios. Al mismo tiempo, intentaremos analizar, cómo operan los mecanismo de captura de la subjetividad, que sumado a, las condiciones de trabajo, ponen en riesgo la salud de los trabajadores médicos.

Burnout en médicos del hospital Central de Mendoza

A burnout se lo define como estrés crónico adquirido en ocasión del trabajo, Se lo considera un síndrome tridimensional, por poseer tres síntomas característicos: profundo cansancio emocional, despersonalización (cinismo) y frustración profesional⁵ (Maslach, 1982a, 1982b, 2001), se da en profesiones de ayuda, es decir donde existe un contacto directo con el destinatario de la tarea (Bosqued, 2008). Existe un acuerdo entre la comunidad que lo investiga, en asociarlo al trabajo, es decir al vínculo entre el trabajador y el destinatario de la tarea (Gil Monte, 2005). Se da en profesiones de contacto: vendedor-cliente, maestro-alumno o médico-paciente, nuestro interés es estudiarlo en el sector de la salud.

Los síntomas subyacentes burnout en el sujeto, son muy variados lo cual dificulta su identificación y diagnóstico. Están asociado a algún aspecto psicológico o somático del sujeto. En el primer caso, se pondrá de manifiesto en la conducta, las emociones y las actitudes y en el segundo en las

⁴ Este abordaje recupera los hallazgos de Montes Cató en el texto 'Una aproximación teórica a los estudios de la disciplina y el control' (2008).

⁵ Cristina Maslach (2010). WHO-World Health Organization Health impact of psychosocial hazards at work: and overview p 66



alteraciones biológicas y funcionales, todas estas precursoras del estrés. Se produce en fases o etapas evolutivas, que están relacionadas a la expectativa que se tiene sobre el trabajo. Abarca inicialmente, la instancia de alarma o huida, luego, de adaptación o resistencia y finalmente, de agotamiento que desencadena en estrés crónico o sea, Burnout⁶. Estas etapas dan cuenta de que existe un fuerte vínculo entre la enfermedad y la percepción del significado que el trabajo tiene para cada sujeto, porque si bien estos síntomas se manifiestan en el cuerpo, tienen un origen social, el cual intentamos rastrear.

El trabajo hoy, ocupa un lugar central para la vida de los individuos (Alonzo, 2009; Peiró, 1991), nos determina como sujetos, pone en juego ciertas subjetividades que lo significan y re-resignifican (Zangaro, 2011). Implica desplegar continuamente mecanismos de adaptación y re-adaptación a sus formas cambiantes (Rentería, 2008). Puede ser concebido como una fuente de autorealización, una carga psico-emocional o un deber (Alonzo, 2009) y en este aspecto radica la fuente de insatisfacción, frustración y ansiedad (Dejours, 1999).

El trabajo hoy, adquiere un valor simbólico. Es fuente de identidad personal, genera vínculos y lazos sociales. Estructura el tiempo, provee un marco de referencia temporal y espacial para los sujetos (Alonzo, 2009). En él se depositan, muchas de las expectativas vitales de los sujetos, tanto económicas como simbólicas. Posee un carácter dinámico, el cual requiere de un trabajador flexible, adaptable, donde el sujeto debe disponer de los mecanismos necesarios para ajustarse a las constantes situaciones cambiantes que autores como Rentería llama *ajuste psico-social*. Este ajuste, no es más que una manera de adaptación bio-psíquica al entorno inestable de trabajo. El trabajo, en un primer momento, se torna atractivo y desafiante, luego las expectativas comienzan a declinar, entonces, ahí, se ponen en juego una serie de mecanismos de adaptación y resistencia hasta que finalmente, cuando no se encuentran los recursos individuales necesarios, el sujeto colapsa enfermando de burnout. A este mecanismo Dejours le llama ideología defensiva, al cual define como *un mecanismo de defensa elaborado por un grupo social en particular*. Así, la ideología defensiva, no es más que una forma de adaptación y resistencia para afrontar aquello que no se soporta. En este sentido están representadas, por las condiciones de trabajo transformadas en riesgos para la vida y la salud de los trabajadores. En el caso planteado, hemos encontrado una serie de mecanismos de defensa frente a burnout, los cuales describiremos mas adelante.

El riesgo psico-social como condición de trabajo

⁶ Estas fases las describe la doctora Sofía Frida Scherbovsky médica especialista en endocrinología y metabolismo. Presidenta de la Sociedad de Endocrinología y Metabolismo de Mendoza. Fuente: <http://www.losandes.com.ar/notas/2011/2/13/acerca-estres-como-curarlo-550439.asp>



Definimos a las condiciones de trabajo, como *cualquier característica del trabajo que pueda tener influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador/a* (Novik, 2002). En este sentido, definir al concepto de riesgo, será determinante para poder identificar los riesgos laborales a los cuales están expuestos los médicos del Hospital Central de Mendoza.

En la disciplina de la Higiene & Seguridad, se recurre asiduamente a la categoría de riesgo laboral para, por un lado, analizar las causas de accidentes o enfermedades y por el otro, para diseñar los modelos de la prevención. En nuestra investigación, la llamamos categoría *bisagra*, porque nos permite relacionar a las condiciones de trabajo con la salud de los médicos hospitalarios. También, es una categoría muy utilizada en otras disciplinas relacionadas con la salud, sobre todo en los estudios sobre epidemiología, lo cual nos aporta, otro tipo de reflexión, al respecto.

La concepción de riesgo más generalizada, en la Higiene & Seguridad, está asociada a la noción de probabilidad de peligro, de amenaza física, de posibilidad inevitable de que algo suceda en un futuro. En este sentido, la prevención está orientada al control de ese futuro probable. Se trata de construir posibles escenarios anticipatorios, de los daños que podrían ocurrir, y proyectarlos desde el imaginario social, al futuro, para contener la ansiedad que genera el presente indeterminado (Almeida, 2009). Es una anticipación de sentido sobre algo (un accidente o enfermedad) que se debe prevenir, porque hay muchas chances de que efectivamente suceda. Además, en la Higiene & Seguridad, está vinculado al concepto técnico y legal de accidente⁷ y de enfermedad laboral⁸ es decir que este dato, está estrechamente vinculado, con lo que la legislación argentina⁹ considera como accidente o enfermedad. Surge de la realidad, a partir de los hechos que acontecen y se van contabilizando, para luego componer una base estadística. Su valor está establecido y tabulado. Estos datos concretos a los cuales nos referimos, que son los propios accidentes o enfermedades que ocurren y luego, pasan a formar parte, del registro oficial¹⁰. Están descriptos y estimados en la ley, son concretos y en su mayoría numéricos. Generalmente se los clasifica como *riesgos físicos* ya que

⁷ La ley de Riesgos Laborales de la Argentina, sancionada en el año 1995, considera accidente laboral a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo, o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo, siempre y cuando el damnificado no hubiere interrumpido o alterado dicho trayecto por causas ajenas al trabajo.

⁸ Según la Ley 24557 de Riesgos Laborales, consideran enfermedades profesionales, a aquellas que se encuentran incluidas en el listado que elaborará y revisará el Poder Ejecutivo. El listado identificará agente de riesgo, cuadros clínicos, exposición y actividades en capacidad de determinar la enfermedad profesional.

⁹ Nos referimos a la Ley d Higiene y Seguridad en el Trabajo que señala los presupuestos básicos para la seguridad y salud y la Ley de Riesgos Laborales que define y determina los tipos de incapacidad laboral y las prestaciones dinerarios en caso de accidente o enfermedad.

¹⁰ Cabe destacar que son los accidentes y enfermedades que el Estado registra del trabajo formal.



surgen de un dato y un hecho concreto. Se los considera un patrón de referencia, cuyo origen, no se pone en duda. En Argentina, el discurso que domina la práctica de la prevención, se genera en la legislación instituyéndose, como el argumento de *autoridad* que legitima el conocimiento sobre seguridad y salud. En este sentido, para la doctrina argentina, el límite de tolerancia humana para el ruido, que es de 85 decibelios, siendo que en otros países, se aceptan valores diferentes (Reino Unido: 87, India: 90). Estos datos surgen de aquellos conocimientos que en cada país, se consideran como verdaderos, basados en las investigaciones y estadísticas, que se toman como referencia para darle validez. Esto pone en evidencia, las diferentes concepciones que existe sobre riesgo laboral, siendo que, lo que para unos es riesgoso, no lo es para los otros. Estas diferencias, revelan que cada grupo humano construye su propia valoración sobre el riesgo de acuerdo a su cultura, idiosincrasia y sus valores.

En nuestro país, el conocimiento que valida al concepto de riesgo, está garantizado por la norma jurídica, donde adquiere total legalidad. Lo que está en la ley se vuelve algo incuestionable, que no se pone en duda y entonces, se transforma en un patrón indiscutible, en la práctica de la prevención de riesgos laborales. En la disciplina de la Higiene & Seguridad, la lógica de análisis de riesgo más generalizada es la probabilística. Su base, es un cálculo que surge de la relación entre la exposición *inevitable* a un factor de riesgo y el daño que pudiera ocasionar. Esto significa que el *dato* que se utiliza para diseñar la *prevención*, tiene bases estadísticas y ésta surge, del reporte sobre accidentes/enfermedades notificados, de todas aquellas actividades registradas bajo la forma de trabajo formal y asalariado¹¹ quedando afuera los trabajadores independientes¹². ¿A qué hechos nos referimos? a las lesiones, daños corporales, enfermedades y muertes, que luego serán la base matemática para calcular, la probabilidad de ocurrencia. Entonces, primero sucede y luego se previene.

En este sentido encontramos en nuestro trabajo de campo, un dato que afirma esta idea, que se refiere a un estudio realizado por el departamento de salud ocupacional del Hospital Central, en el año 2014, que arrojó como resultado, que un 35% del personal presentaba síntomas de Burnout. Cuando acudimos a la entrevista con el jefe del sector, éste nos comentó, los detalles metodológicos de la investigación y nos explicó que se había realizado solo a los empleados que voluntariamente habían accedido al estudio y, que éste se había podido hacer, solo con la tercera parte de los

¹¹ Entendemos por trabajo formal al trabajo registrado en el sistema provisional argentino

¹² Los trabajadores autónomos son aquellos que de forma independiente, realizan actividades laborales por cuenta propia y sin contrato de trabajo. Se caracteriza por la ausencia de beneficios sociales y laborales.



trabajadores de planta¹³ del hospital. Es decir, que no se incluyó en el estudio, a los trabajadores que habían solicitado una licencia por enfermedad para triangular con los datos obtenidos. Estos *datos*, pasan a formar parte de las estadísticas sobre Burnout y a partir de ellos, se diseñan, las acciones de prevención. Tuvimos la oportunidad de concurrir, el día en que esta investigación se presentaba al plantel de médicos del hospital, y el discurso difundido manifestaba que en el hospital Central, no existían casos de burnout y por lo tanto, no tomaban acciones al respecto. Es decir, que este es un claro ejemplo, de como se construyen datos a partir de la frecuencia de aparición de un acontecimiento, y que luego se refleja en las prácticas de prevención de riesgos laborales, sin brindar espacio a otros enfoques sobre el origen de la enfermedad.

Para poder responder a nuestros interrogantes, y en base al análisis que venimos realizando, proponemos para la presente investigación, una definición de riesgo laboral. Esta incorpora al componente social, para indagar sobre las causas de accidentes o enfermedades del trabajo. La misma expresa lo siguiente: *cualquier aspecto objetivo o subjetivo, material o inmaterial del trabajo, que ponga en peligro la salud o la vida de los trabajadores. Esta concepción, se aleja de la valoración estadística, para situarse en la social-crítica teniendo en cuenta otros determinantes del riesgo laboral, que lo considera como una construcción social, cuya aceptación dependerán de sus actores, su historia, sus costumbres, su idiosincrasia, sus lógicas, sus contradicciones, sus comportamientos, sus percepciones, y fundamentalmente la valoración que se le da a la vida.*

La pregunta que nos hacemos es ¿cómo logramos ésta diferenciación? En primer lugar, rompiendo con la estructura lógica de análisis positivista que recurre a esquemas técnico-estadísticos de análisis, basados en la normativa legal y en la estadística, y en segundo lugar, ampliando y redefiniendo el concepto de riesgo laboral.

De esta manera, desde la perspectiva crítica, podemos retomar categorías propias de la Higiene & Seguridad, y definir otras nuevas que determinan las condiciones de trabajo que producen estrés o burnout.

Por lo tanto, observar y estudiar el caso de los médicos del hospital central, nos está permitiendo conocer desde la propia percepción de los médicos, todos aquellos aspectos del ambiente de trabajo, que ponen en riesgo la salud de los médicos y que producen Burnout.

Los riesgos a los que están expuestos los trabajadores de la salud, se alejan de los riesgos clásico, mencionados por la Ley de Higiene y Seguridad en el Trabajo n° 19587. En cuanto a estos, en su

¹³ los trabajadores de planta son todos aquellos que tienen contratos con el estado y están formalizados dentro del staff del hospital.



mayoría, están causados por factores físicos relacionados a la exposición a altos valores de ruido, iluminación deficiente, temperaturas extremas, presión y vibraciones. También al uso de instalaciones deficientes, maquinarias peligrosas, herramientas, montacargas, ascensores, contacto con la corriente eléctrica o, a diferentes tipos de radiaciones.

En el caso de los trabajadores de la salud, los mismos están expuestos principalmente a riesgos ergonómicos, biológicos y psicosociales. En relación al primero, se produce por movimientos repetitivos y esfuerzos corporales que causan daños físicos, debido a las posturas forzadas requeridas para adaptarse a la posición del paciente (agacharse, torcerse lateralmente, inclinarse). En el segundo caso, el riesgo biológico, es uno de los más significativos de la tarea hospitalaria y esta causado por el contacto con pacientes enfermos, con los fluidos corporales, por cortes y pinchaduras de los equipos de protección personal, por la exposición a fármacos tóxicos y peligrosos, y la exposición a residuos patológicos, entre otros. Finalmente y el tercer lugar, están los riesgos psico-sociales, a los cuales vamos a describir en profundidad.

El análisis del trabajo de campo, ha puesto de manifiesto, que los riesgo *psico-sociales* son los que más se vinculan con el surgimiento de estrés y de burnout. Estos han tomado mayor relevancia en los estudios sobre Salud y Seguridad laboral, por el impacto que tienen sus efectos sobre la economía y productividad de las organizaciones.

En este sentido instituciones como la Organización Internacional del Trabajo, lo consideran un riesgo emergente. Lo vincula al surgimiento de nuevas actividades que implica el uso de nuevas tecnologías. Al requerimiento de nuevos procesos de trabajo que generan cambios organizacionales. A las nuevas y variadas formas de empleo precarias (independiente, subcontratado, temporal)¹⁴, a la flexibilidad laboral y a la intensificación del trabajo. Todo esto sumado a las situaciones cambiantes, la escasez de oferta de trabajo que genera mal clima laboral y tensión, que impacta en la salud de los trabajadores causando estrés y posteriormente Burnout.

Recurrimos a algunas conceptualizaciones sobre riesgo psico-social, para orientar la identificación de los riesgos en el caso.

El ISTAS 21¹⁵, los considera factores psicosociales, y los define como, *aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés*. También

¹⁴ OIT(2010). Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo en transformación

¹⁵ ISTAS 21 es un manual para la evaluación de riesgos psico-sociales, desarrollado por el Instituto Laboral de Dinamarca y adaptado por el gobierno español en el año 2004. Nosotros tomamos para el presente trabajo, la versión española.



dice, en términos de prevención de riesgos laborales, los factores representan la exposición, la organización del trabajo el origen de ésta, y el estrés el precursor del efecto (enfermedad o trastorno de la salud que pueda producirse). Este manual nos aportó cuatro grandes dimensiones, en que está organizado, que son: a) exigencia psicológicas, b) falta de control sobre los contenidos y las condiciones de trabajo y posibilidades de desarrollo, c) falta de apoyo social de la empresa, calidad de liderazgo y claridad en el rol y d) escasas compensaciones del trabajo, inseguridad contractual, cambios de puestos y trato injusto en el empleo. En este caso la definición sobre riesgo psico-social, nos ayuda a reflexionar sobre las condiciones de trabajo a las cuales están expuestos los trabajadores que pueden causar burnout. En cuanto a las dimensiones, si bien aportan un marco de referencia para analizar la situación hacia en interior de la organización, no dejan de poseer, una mirada reduccionista al sujeto y al puesto de trabajo.

En la Argentina, la SRT¹⁶, en el año 2012, expresó su preocupación por el auge de los riesgos psico-sociales, en la Estrategia Argentina sobre Salud y Seguridad en el Trabajo¹⁷. En ella enuncia una serie de medidas, tendientes a identificar los factores de riesgo psico-sociales causantes de enfermedades no consideradas como profesionales¹⁸. Si bien no define el concepto de riesgo psico-social, lo vincula entre sus objetivos con los *deficits de la organización y las relaciones interpersonales* para construir un perfil de síntomas que caractericen a las enfermedades de los trabajadores expuestos a estos factores.

Teniendo en cuenta estos y otros antecedentes conceptuales, en el año 2013, construimos nuestra propia definición de riesgo psicosocial para el diseño del Primer Censo de Condiciones de Trabajo y Salud en docentes de la Universidad Nacional de Cuyo que dice: *son aquellas características de la organización del trabajo que definen determinadas condiciones de trabajo y cuya combinación afecta la salud de los trabajadores provocando estrés entre otras patologías*. Esta definición, nos da pie para rastrear una amplia red de condiciones de trabajo que influyen sobre la salud de los trabajadores médicos.

En este sentido, en análisis provisorio del trabajo de campo en el Hospital Central, hemos podido identificar una serie de categorías teórico-empíricas que nos han servido para determinar, los riesgos

¹⁶ SRT es Superintendencia de Riesgos de Trabajo- Organismo del estado, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud de los trabajadores

¹⁷ http://biblioteca.srt.gob.ar/Publicaciones/2013/1_Proyectos.pdf

¹⁸ adquiridas en ocasión del trabajo.

psico-sociales a los que están expuestos los trabajadores de la salud y que son precursores de estrés y burnout.

En relación al contenido del trabajo, tanto en la terapia intensiva como en la guardia, ambos sectores caracterizados por la alta exigencia física, mental y emocional. Ambos son lugares de alto impacto. Reciben, el primero, a pacientes graves que requieren cuidados especiales y el segundo, a los politraumatizados, generalmente provenientes de accidentes viales o de la inseguridad social.

En general, trabajan médicos jóvenes que pueden sostener el ritmo de trabajo ágil y veloz. Uno de nuestros entrevistados nos cuenta:

un médico de Terapia intensiva, tiene un vida útil, así como médico de guardia, hasta los 30 o 40 años, después ya la cosa se complica, teóricamente a esa edad tendría que pasar a hacer otra cosa, pero dejar de hacer guardias, porque incluso hay un deterioro para su salud, ahí está el famoso Burnout, enfermedad en relación con nuestro trabajo.

Muchos de ellos son contratados, o están realizando la residencia médica. Hacen turnos (guardias) de 24 horas, por lo general, no pertenecen al plantel estable del hospital y se encuentran bajo la modalidad de trabajo denominada 'prestación de servicio'.

...la residencia es un agregado que permite formar mano de obra, para renovar justamente al personal que, como acabo de decirte, con el paso del tiempo se deteriora mucho, y deja ese tipo de tareas.

En cuanto a la carga de trabajo, la misma es regulada por un protocolo que establece las prioridades en los pacientes que ingresan. En el caso de la terapia intensiva, el límite es la cantidad de camas disponibles¹⁹, eso los enfrenta a decidir quién se queda y quién se deriva a otros nosocomios. En una entrevista a un médico responsable de la terapia intensiva, nos comentó lo siguiente:

...permanentemente uno [hace] triaje²⁰ es decir, elige qué paciente corresponde o qué paciente no, porque a veces no hay todos los elementos para cubrir toda la población de pacientes potencialmente grave.

Esto implica una alta carga de ansiedad al enfrentarlos a la decisión entre recibirlos y derivarlos, poniendo en riesgo la vida del paciente.

¹⁹ la terapia del Hospital Central de Mendoza, posee 20 camas.

²⁰ es un método de selección y clasificación de pacientes que se utiliza en emergencias médicas de acuerdo a las necesidades terapéuticas y a los recursos disponibles.



Otra cuestión que que deben afrontar, es la falta y la rotación de personal, tanto de enfermeros como de médicos. Esto implica una sobre-recarga de tareas, que teniendo en cuenta este tipo de paciente, genera estrés y ansiedad. Al respecto nos manifiestan:

a veces lo logramos, la mayoría de las veces, tenemos un solo enfermero por sala, porque la terapia tiene un problema, la especialidad y eso es valido para todos, es un trabajo muy estresante, muy duro y mal pago, porque se paga lo mismo una guardia en terapia, que una guardia en general o una guardia en clínica médica y el trabajo no es igual.

En cuanto a la vocación por la profesión un médico de terapia nos cuenta lo siguiente:

Hay muchos médicos que hacen guardia en terapia intensiva pero que no son terapistas, son médicos clínicos, son médicos cirujanos, que toman la guardia de terapia como un conchabo para cobrar, eso se ve mucho afuera, en las terapias de afuera, y cuando consiguen otro trabajo, dejan esto y hacen otra cosa, o cuando su consultorio mejora, o cuando tienen otros ingresos, dejan la guardia de terapia, que es una guardia dura y mal paga, y se dedican a otra cosa, entonces, esas son las aves de paso.

La terapia es una de las especialidad que no tiene posibilidad de ser realizada a nivel privado, y es ahí, donde más se pone en evidencia la vocación. Ahora, los médicos que no tienen esta inclinación, son potenciales quemados.

Otro material que nos aportó interesantes pistas para comprender qué consideran los propios médicos como estresores, fueron las tesis sobre burnout²¹, en la mayoría de los casos, mencionan al contacto con la muerte. Nosotros consideramos el recaudo de *tomar distancia*, los lleva a la despersonalización y actúa como un mecanismo de auto-defensa para no sufrir.

En relación a esto, el jefe de residentes de terapia nos cuenta:

Hay puntos en los cuales si, nos duele [la muerte][largo silencio], nos puede llegar a afectar internamente pero hay otros, otros momentos que sabemos, que es el punto culminante de la vida, de que es irreversible y hay que tratar de ayudar a la familia a sobrellevar este tipo de situaciones, no es que nosotros dejemos morir a la gente, sino que hay gente que desgraciadamente, no tiene otra alternativa.

²¹ de la especialización en Medicina e Higiene y Seguridad en el Trabajo de la Universidad Nacional de Cuyo de Mendoza

Aquí podemos observar, como el entrevistado justifica el hecho de morir de un paciente. Pero este mismo mecanismo de defensa, no guarda el mismo resultado, cuando se trata de pacientes jóvenes:

...si viene [en un auto y tiene un accidente] mamá, papá tres chicos y uno de ellos tiene 15 años, el de 15 años y un día, ese paciente viene para acá, no deja de ser un niño... no deja de ser un niño [lo repite] y esos pacientes eh hh afectan mucho mas mientras mas jóvenes son, nos afectan mucho más [lo repite, le cuesta concentrarse] eh hh mas cuando tenemos contacto con la familia, mucho mas cuando tenemos contacto directo con la familia, yyyyyy [se queda pensando][interviene la entrevistadora], cuando la familia les cuenta como son? Si, [contesta][baja la mirada]

En la mayoría de las entrevistas a los médicos de terapia, tanto hombres como mujeres, manifestaron que les afecta la muerte de los jóvenes, entonces ese mecanismo de defensa basado en el distanciamiento, nos les da resultado y los posiciona en un lugar vulnerable que genera angustia y ansiedad. Los riesgos relacionados con el entorno psicológico del trabajador están estrechamente vinculados al estrés y a otras patologías como el miedo, la angustia, la ansiedad y la depresión.

En relación al ejercicio físico, la mayoría se jacta de sugerirlo como profilaxis a los pacientes, pero les cuesta mucho establecer un espacio para practicarlo. Lo mismo ocurre con el consumo de cigarrillos:

yo soy prototipo de médicos mas jóvenes, yo soy fumador, yo no me cuido, no hago mucho ejercicio, desde que entré acá dejé todo el ejercicio que hacía, practicaba deporte...

En el análisis provisorio tanto del trabajo de campo como de la teoría que nos guía, hemos encontrado una serie de variables de las condiciones de trabajo, que influyen sobre la salud de los trabajadores médicos y son precursores de estrés y de Burnout. Si bien comprenden una amplia red de situaciones laborales subyacentes, las que más se vinculan a los síntomas de burnout (*cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal*), son las vinculadas a las exigencias mentales y psicológicas típicas del trabajo del médico, por su doble contenido, cognitivo y emocional.

Por otro lado, el significado que tiene el trabajo del médico, genera en un comienzo ciertas expectativas que luego se van frustrando, en la práctica cotidiana y ésto también genera estrés y luego burnout.



Además encontramos que el entramado de estresores que desencadenan burnout, está integrado por un gran abanico de causas vinculadas a las demandas emocionales del trabajo, el contacto con la enfermedad y la muerte, a las exigencias del trabajo, al temor al despido, a la competencia entre pares, al *deber ser* exigido al los profesionales y la pérdida del estatus social del médico.

Estos riesgos mencionados, actúan como una amplia red causal, que dificulta el diagnóstico burnout y obstaculiza, el diseño de la prevención de enfermedades laborales. Esto ocurre en dos direcciones, por un lado, porque desplaza la responsabilidad hacia la organización del trabajo y por el otro, porque tiene un fuerte vínculo con la lógica del capitalismo de valorización del capital.

Por lo tanto, toda las categorías que hemos expuesto, dan cuenta de las condiciones de trabajo que ponen en riesgo la salud de los médicos. En este sentido, nos preguntamos ¿cómo se debería diseñar la prevención? En la actualidad, la respuesta más asidua sería apelar a los propios mecanismos de control (auto-control) de los trabajadores para ajustarse a la situación de trabajo y hacer frente a estas condiciones. A este tipo de prácticas riesgosas, se las considera normales en la cotidianidad del trabajo. Esto nos hace pensar en cómo operan los mecanismos o modos de subjetivación en los trabajadores. Revisando nuestro trabajo de campo, observamos que, si bien estos riesgo descriptos son conocidos y reconocidos en la actividad sanitaria como peligrosos, están naturalizados en la práctica hospitalaria. Nosotros opinamos que, el componente subjetivo es esencial, para comprender, al riesgo laboral donde la *subjetividad*, juega un rol fundamental en la transformación de los modos de pensar y actuar. Así, la captura de la subjetividad está estrechamente relacionada, con la dualidad que genera ser lo que el trabajo espera de los sujetos vs lo que ellos sienten realmente.

A modo de conclusión

En el presente trabajo hicimos un recorrido por las concepciones dominantes en la disciplina de la Higiene y Seguridad, sobre *riesgo laboral*. Destacamos la fuerte influencia de los modelos probabilístico, basado en la frecuencia de ocurrencia de accidentes/enfermedades. Para confrontarlos, expusimos nuestra perspectiva social crítica ampliada a los procesos histórico-sociales. Según nuestra hipótesis, consideramos que, los modelos de acumulación predominante, se reflejan en las formas de organización del trabajo actual y definen condiciones riesgosas que impactan en la salud y en la vida de los trabajadores. Para poder explicarlo, partimos de la concepción de riesgo más generalizada en la Higiene & Seguridad, que está asociada a la noción de



probabilidad, basada en el pronóstico construido a partir de casos reales y fundado en la relación entre la exposición y el daño que podría ocasionar. Argumentamos que la mirada probabilística, se sustenta en la posibilidad inevitable de que algo suceda en un futuro, donde la prevención está orientada al control de ese futuro probable. Se trataría de una anticipación de sentido sobre algo (un accidente o enfermedad) que se debe prevenir, porque hay muchas chances de que efectivamente suceda. También, que los modelos probabilísticos, están legitimados por su uso frecuente en las prácticas de prevención y su lógica está basada en el cálculo matemático, que cuantifica los accidentes o enfermedades según su frecuencia de aparición relativizando el contexto en el cual emerge el dato. A este modelo, lo confrontamos con nuestra perspectiva de análisis del riesgo que considera a los determinantes sociales del riesgo laboral ligado a las condiciones de trabajo. Destacamos, la importancia del abordaje de la subjetividad, para comprender los procesos de resistencia y afrontamiento y al respecto consideramos, que la captura de la subjetividad es la condición de trabajo necesaria para lograr la productividad.

En este sentido, definimos y describimos a los riesgos psico-sociales, donde intervienen otros factores vinculados a la subjetividad, como las percepciones, los significados y las valorizaciones que cada sujeto o grupo de sujetos tienen sobre el riesgo laboral.

A estos conceptos de riesgo, los confrontaremos con nuestra propia definición desde la perspectiva social, que amplía su significado al contexto histórico-social. Desde este lugar, pretendimos explicar los riesgos psicosociales en el sector de los médicos hospitalarios, apoyándonos en los propios relatos de los entrevistados.

Finalmente, estimamos que el estrés, es la condición de trabajo necesaria para mantener a los trabajadores en el umbral entre la salud y la enfermedad y esta situación de desventaja, beneficia al capitalismo y enferma de burnout.

Bibliografía

Alonzo, C. (2009). Los distintos enfoques sobre trabajo humano. Psicología del Trabajo. Cátedra II. Universidad de Buenos Aires.

Alves, G. (2014). A disputa pelo intangível: estratégias gerenciais do capital na era da globalização. En Antunes (org.), *Riqueza e miseria do trabalho no Brasil III* (pp. 55-72). Sao Paulo: Boitempo.



- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome de burnout. Qué es y como superarlo*. Buenos Aires: Paidós
- Breilh, J. (1992). Componentes de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social. *Debates en medicina social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, 92, 138-236. Quito: Organización Panamericana Alames.
- Coller, X. (2000). Estudio de casos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Dejours, C. (1999). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Fernandez Steiko, A. (2001). *El sabor agri dulce de los grupos de trabajo*. Cuadernos de Relaciones Laborales UCM 18, 257-283.
- Foucault, M. (2007). Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979). (1a ed. en francés) *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*. Seuil/Gallimard, Paris., 2004. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, S.; Duarte, E.; Breilh, J. y Laurell, C. (1991). Debates en medicina social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 92. Quito: Organización Panamericana Alames. Laurell, C. A. (julio-septiembre, 1978). *Proceso de Trabajo y Salud*. Cuadernos Políticos, 17, 59-79. México, D.F: Era.
- Gil Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Laurell, C. A. (julio-septiembre, 1978). *Proceso de Trabajo y Salud*. Cuadernos Políticos, 17, 59-79. México, D.F: Era.
- Laurell, C. A. (1981). La concepción biológica y social del proceso de salud-enfermedad. *Salud Colectiva*. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf>
- Linhart, D. (2014). Modernização e precarização da vida no trabalho. En Antunes, R. (org.), *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III* (pp. 45-54). Sao Paulo: Boitempo.
- López Arellano, O.; Peña Saint Martín, F. (2006). Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Revista medicina social* v1(3).
- Marradi A.; Archenti, N.; y Piovani, J. (2012). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Maslach, C. (1982a). Burnout: a social psychological analysis. En J.W. Jones (ed), *The burnout syndrome: current research, theory, interventions* (pp. 30-53). Illions: London House Press.
- Maslach, C. (1982b). *Burnout: The cost of caring*. Nueva York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C. (2001). Burnout. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montes Cató, J. (2006). Dominación y resistencia en los espacios de trabajo. Estudio sobre las relaciones de trabajo en empresas de telecomunicaciones. (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- Montes Cató J. (2008). Disciplina y maltrato laboral en empresas de servicios públicos. En *Violencia, maltrato, acoso laboral. El mobbing como concepto* (pp. 269-288). Universidad de Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales.



- Novick, M. (2002). La transformación de la organización del trabajo. En De la Garza Toledo (coord). *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo* (pp. 123-144). México: Fondo de Cultura Económica.
- Peiró, J. M. (2009). *Estrés laboral y riesgos psico-sociales*. España: Universidad de Valencia.
- Quattrini, D. (2011). Hacia una definición del concepto de competencia. Mimeo
- Rentería, E. (2008). Nuevas realidades organizacionales y del mundo del trabajo. Implicaciones para la construcción de la identidad del sujeto. *Informes psicológicos* n° 10.
- Yin, R. (2002). Case study research: design and methods. *Applied Social Research Methods Series 5* (3r ed). Washington DC: Series Editors.
- Zangaro, M. (2011). *Subjetividad y Trabajo. Una lectura foucaultiana del management*. Buenos Aires: Herramienta.