



FICHA TÉCNICA

DIRECCIÓN	LACOMBLEZ, MARIANNE / UNIVERSIDADE DO PORTO	PORTUGAL
COMITÉ EDITORIAL	<p>DIRECCIÓN LUSÓFONA</p> <p>BRITO, JUSSARA / FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CUNHA, LILIANA / UNIVERSIDADE DO PORTO GIL MATA, RITA / UNIVERSIDADE DO PORTO NASCIMENTO, ADELAIDE / CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS SANTOS, MARTA / UNIVERSIDADE DO PORTO VALVERDE, CAMILO / UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA COSTA, LÚCIA SIMÕES / ESTESC - COIMBRA HEALTH SCHOOL, IP DE COIMBRA</p> <p>DIRECCIÓN HISPANA</p> <p>DÍAZ CANEPA, CARLOS / UNIVERSIDAD DE CHILE DE LA GARZA, CECÍLIA / ELECTRICITÉ DE FRANCE POY, MÁRIO / UNIVERSIDAD DE PALERMO VOGEL, LAURENT / EUROPEAN TRADE UNION INSTITUTE WALTER, JORGE / UNIVERSIDAD DE PALERMO</p>	<p>BRASIL PORTUGAL PORTUGAL FRANCE PORTUGAL PORTUGAL PORTUGAL</p> <p>CHILE FRANCE ARGENTINA BELGIQUE ARGENTINA</p>
EDITOR COORDINADOR DE LA SECCIÓN “TEXTOS HISTÓRICOS”	OUVRIER-BONNAZ, RÉGIS / CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS	FRANCE
COMITE CIENTÍFICO	CONSULTAR PÁGINA DOS COMITÉS HTTP://LABOREAL.UP.PT/PT/EDITORIAL/COMITES/	LABOREAL.UP.PT
SECRETARIADO DE REDAÇÃO	LOPES, MAFALDA MONTEIRO, CLÁUDIA SILVA, BRUNO	
DESIGN	PARADA, JOÃO	

INDÍCE ES

7 – 9	EDITORIAL CECILIA DE LA GARZA & MARIO POY
10 – 27	ARQUEOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO DESIGUALDAD DE GÉNERO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES EN BÉLGICA. LAURENT VOGEL
28 – 35	ARQUEOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO CALIDAD DE VIDA LABORAL (CVL): DE LA “ASISTENCIA” A LA PROMOCIÓN EFECTIVA. MÁRIO CÉSAR FERREIRA
36 – 52	INVESTIGACIÓN EMPÍRICA RIESGOS SOCIALES DEL TRABAJO EN TURNO LARGO. VIDA FAMILIAR Y LABORAL EN CRISIS EN UN CAMPAMENTO PETROLERO PATAGÓNICO. JORGE WALTER
53 – 62	DISCURSOS SOBRE VIVENCIAS EN EL TRABAJO EL SÍNTOMA EN EL TRABAJO: ¿UNA DISFUNCIÓN O UNA INVENCIÓN? ADMARDO JÚNIOR & DAISY CUNHA
63 – 78	INVESTIGACIÓN EMPÍRICA EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES EN LA ACTIVIDAD COLECTIVA DEL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS ISABEL FREITAS
79 – 83	RESÚMENES DE TESIS DA COMPREENSÃO COLETIVA DA ATIVIDADE REAL À CONCEÇÃO PARTICIPATIVA DA ORGANIZAÇÃO: PROMOVER A INTERVENÇÃO ERGONÓMICA “CAPACITANTE”. ANNE RASPAUD
84 – 85	TEXTOS HISTÓRICOS INTERVENCIÓN EN EL XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTÉCNICA. GEORGES FRIEDMANN
86 – 93	TEXTOS HISTÓRICOS LA ALIANZA TEORÍA /PRÁCTICA EN EL SOCIÓLOGO DEL TRABAJO GEORGES FRIEDMANN (1922-1977). CATHERINE TEIGER
94 – 98	EL DICCIONARIO MODELO MICHELLE ASLANIDES
99 – 103	EL DICCIONARIO “NOVATO”: ¿UNA CATEGORÍA HOMOGÉNEA? CATHERINE DELGOULET

ÍNDICE PT

7 – 9	EDITORIAL CECILIA DE LA GARZA & MARIO POY
10 – 27	ARQUEOLOGIA DO CONHECIMENTO A DESIGUALDADE DE GÊNERO E AS DOENÇAS PROFISSIONAIS NA BÉLGICA. LAURENT VOGEL
28 – 35	ARQUEOLOGIA DO CONHECIMENTO QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT): DO ASSISTENCIALISMO À PROMOÇÃO EFETIVA. MÁRIO CÉSAR FERREIRA
36 – 52	PESQUISA EMPÍRICA RISCOS SOCIAIS DO TRABALHO DE TURNO DE LONGA DURAÇÃO. VIDA FAMILIAR E VIDA NO TRABALHO EM CRISE NUM CAMPO PETROLÍFERO NA PATAGÓNIA. JORGE WALTER
53 – 62	DISCURSOS SOBRE O VIVIDO NO TRABALHO O SINTOMA NO TRABALHO: UMA DISFUNÇÃO OU UMA INVENÇÃO? ADMARDO JÚNIOR & DAISY CUNHA
63 – 78	PESQUISAS EMPÍRICAS O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ATIVIDADE COLETIVA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS. ISABEL FREITAS
79 – 83	RESUMO DE TESE DA COMPREENSÃO COLETIVA DA ATIVIDADE REAL À CONCEÇÃO PARTICIPATIVA DA ORGANIZAÇÃO: PROMOVER A INTERVENÇÃO ERGONÓMICA “CAPACITANTE”. ANNE RASPAUD
84 – 85	TEXTOS HISTÓRICOS INTERVENÇÃO NO XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOTÉCNICA. GEORGES FRIEDMANN
86 – 93	TEXTOS HISTÓRICOS A ALIANÇA TEORIA / PRÁTICA NA OBRA DO SOCIÓLOGO DO TRABALHO GEORGES FRIEDMANN (1922-1977). CATHERINE TEIGER
94 – 98	DICIONÁRIO MODELO MICHELLE ASLANIDES
99 – 103	DICIONÁRIO “NOVATO”: UMA CATEGORIA HOMOGÊNEA? CATHERINE DELGOULET

INDÍCE FR

7 – 9	EDITORIAL CECILIA DE LA GARZA & MARIO POY
10 – 27	ARCHÉOLOGIE DE LA CONNAISSANCE L'INÉGALITÉ DE GENRE ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES EN BELGIQUE. LAURENT VOGEL
28 – 35	ARCHÉOLOGIE DE LA CONNAISSANCE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (QVT): DE L'ASSISTANTAT À LA PROMOTION EFFICACE. MÁRIO CÉSAR FERREIRA
36 – 52	RECHERCHE EMPIRIQUE RISQUES SOCIAUX DU TRAVAIL POSTÉ DE LONGUE DURÉE. VIE FAMILIALE ET VIE AU TRAVAIL EN CRISE DANS UN CHAMP PÉTROLIER PATAGONIQUE. JORGE WALTER
53 – 62	DISCOURS SUR LE VECÚ AU TRAVAIL LE SYMPTÔME AU TRAVAIL: UN DYSFONCTIONNEMENT OU UNE INVENTION? ADMARDO JÚNIOR & DAISY CUNHA
63 – 78	RECHERCHE EMPIRIQUE LE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES DANS L'ACTIVITÉ COLLECTIVE DE TRAVAIL DES INFIRMIERS. ISABEL FREITAS
79 – 83	RÉSUMÉS DE THÈSES DE LA COMPRÉHENSION COLLECTIVE DE L'ACTIVITÉ RÉELLE À LA CONCEPTION PARTICIPATIVE DE L'ORGANISATION: PLAIDOYER POUR UNE INTERVENTION ERGONOMIQUE CAPACITANTE. ANNE RASPAUD
84 – 85	TEXTES HISTORIQUES INTERVENTION AU XIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTECHNIQUE. GEORGES FRIEDMANN
86 – 93	TEXTES HISTORIQUES L'ALLIANCE THÉORIE / PRATIQUE DANS L'OUVRAGE DU SOCIOLOGUE DU TRAVAIL GEORGES FRIEDMANN (1922-1977). CATHERINE TEIGER
94 – 98	LE DICTIONNAIRE MODÈLE MICHELLE ASLANIDES
99 – 103	LE DICTIONNAIRE "NOVICE": UNE CATÉGORIE HOMOGÈNE? CATHERINE DELGOULET

ÍNDICE EN

7 – 9	EDITORIAL CECILIA DE LA GARZA & MARIO POY
10 – 27	ARCHAEOLOGY OF KNOWLEDGE GENDER INEQUALITY AND OCCUPATIONAL DISEASES IN BELGIUM. LAURENT VOGEL
28 – 35	ARCHAEOLOGY OF KNOWLEDGE QUALITY OF WORK LIFE (QWL): FROM “WELFARISM” TO EFFECTIVE PROMOTION. MÁRIO CÉSAR FERREIRA
36 – 52	EMPIRICAL RESEARCH SOCIAL RISKS OF LONG SHIFT WORK. WORK AND FAMILY LIFE IN CRISIS IN A PATAGONIAN OIL CAMP. JORGE WALTER
53 – 62	REPORTS ON THE WORK EXPERIENCE THE SYMPTOM AT WORK: A DYSFUNCTION OR AN INVENTION? ADMARDO JÚNIOR & DAISY CUNHA
63 – 78	EMPIRICAL RESEARCH THE DEVELOPMENT OF COMPETENCES IN THE COLLECTIVE WORK OF NURSING STAFF. ISABEL FREITAS
79 – 83	THESIS SUMMARY FROM THE COLLECTIVE UNDERSTANDING OF THE ACTUAL ACTIVITY TO THE PARTICIPATORY ORGANIZATION DESIGN: ENCOURAGE AN “EMPOWERING” ERGONOMIC INTERVENTION. ANNE RASPAUD
84 – 85	HISTORICAL TEXTS SPEECH AT THE ELEVENTH INTERNATIONAL CONGRESS OF PSYCHOTECHNICS. GEORGES FRIEDMANN
86 – 93	HISTORICAL TEXTS THE THEORY / PRACTICE ALLIANCE IN THE OEUVRE OF THE WORK’S SOCIOLOGIST GEORGES FRIEDMANN (1922-1977). CATHERINE TEIGER
94 – 98	THE DICTIONARY MODEL MICHELLE ASLANIDES
99 – 103	THE DICTIONARY “NOVICE”: A HOMOGENEOUS CATEGORY? CATHERINE DELGOULET

EDITORIAL

CECILIA DE LA GARZA ^[1] & MARIO POY ^[2]

[1] EDF R&D, Management des
Risques Industriels 1,
Av. Général de Gaulle 92140 Clamart
France
cecilia.de-la-garza@edf.fr

[2] Universidad de San Andrés
Centro de Investigaciones por una
Cultura de Seguridad Industrial
Vito Dumas 284 B1644BID - Victoria,
Buenos Aires Argentina
mpoy@udesa.edu.ar

Estimadas y estimados lectores,

Laboreal está festejando este año sus primeros 10 años y es un gran honor, y un gran desafío para la co-dirección hispana, realizar este editorial.

A lo largo de estos años, la revista ha ido trazando, paso a paso, su camino en su afán de difundir el análisis de la actividad de trabajo y sus aportes a la comprensión de las situaciones laborales, a fines de promover tanto la salud y la seguridad de los trabajadores, como la fiabilidad de los sistemas socio-técnicos.

Además, el hecho de ser una revista electrónica científica de acceso abierto (open access, OA) otorga una apertura de alto impacto a la comunidad, en la comunicación y el libre acceso a la producción científica.

Laboreal está principalmente dirigida a un público hispanohablante y lusófono con el fin de divulgar su enfoque de manera sumamente amplia tanto en los países donde dichas lenguas son “oficiales” como en aquellos en los cuales existen comunidades de habla hispana o lusófona.

Laboreal, que en 2011 creó una codirección en ambas lenguas, ha propiciado el encuentro de autores latinoamericanos –brasileños, argentinos, chilenos, mexicanos, venezolanos, uruguayos –, y europeos –españoles, portugueses, franceses, belgas, suizos– además de canadienses y seguramente otros que se nos olvidan. Dichos autores provienen de disciplinas diversas –psicología, ergonomía, sociología, ciencias del diseño y de la computación, ciencias de la educación, ciencias de la salud, economía y administración– siendo el punto de convergencia la *actividad del trabajo*, individual o colectiva, y su interacción con los contextos de trabajo.

Es de remarcar en este editorial el esfuerzo que la revista ha realizado – y que continúa haciendo– para ser indexada en diferentes bases de datos (por ejemplo, SciELO) y para poder beneficiar del uso del DOI. Laboreal ha logrado alcanzar así una posición de renombre, junto a otras revistas científicas.

En este número de diciembre, presentamos un artículo sumamente documentado de Laurent Vogel sobre **“LA DESIGUALDAD DE GÉNERO Y LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN BÉLGICA”**. Después de su artículo publicado en diciembre del 2014 en *Laboreal* (Vogel, 2014), el autor muestra como el sistema belga de indemnización de dichas enfermedades produce desigualdades masivas entre hombres y mujeres. El autor explicita los mecanismos jurídicos, médicos y hasta de prejuicios que conllevan a esta situación.

Un artículo de Mario César Ferreira sobre la **“CALIDAD DE VIDA LABORAL (CVL): DE LA “ASISTENCIA” A LA PROMOCIÓN EFECTIVA”**, nos proporciona una visión general de las prácticas hegemónicas de la CVL en organizaciones brasileñas con el fin de mostrar su natural “asistencia” y, en especial, sus límites para una verdadera mejora de los indicadores de salud y seguridad. El autor argumenta como recuperar el rasgo de “asistencia” requiere resituar el protagonismo de los trabajadores, y de sus actividades para la promoción efectiva de la calidad de vida laboral.

Dentro del mismo eje argumental -la calidad de vida y el uso de indicadores en las organizaciones no siempre pertinentes en lo que se refiere a la salud y seguridad de los trabajadores- Jorge Walter nos propone un estudio acerca de los **“RIESGOS SOCIALES DEL TRABAJO EN TURNO LARGO. VIDA FAMILIAR Y LABORAL EN CRISIS EN UN CAMPAMENTO PETROLERO PATAGÓNICO”**. La originalidad de este artículo es la de interesarse por los operarios de la industria del petróleo que trabajan bajo la modalidad de turnos largos, lejos de sus hogares. Mediante observaciones y encuestas el autor muestra en los resultados una relación entre las condiciones de trabajo y los riesgos psicosociales de los trabajadores del campamento, que contradicen los indicadores clave, utilizados por la empresa. La contribución de Jorge Walter nos recuerda el artículo de Denise Alvarez y de sus colegas (Alvarez, França & Figueiredo, 2015), publicado en el número de julio del 2015, así como lo que nos decía Edith Seligman-Silva, en el mismo número, en relación con el libro de Marcelo Figueiredo y de las evoluciones en el sector petrolero en Brasil (Seligman-Silva, 2015).

En otro plano, pero siguiendo con la temática de los riesgos psicosociales y el malestar en el trabajo, Admardo Júnior y Daisy Cunha nos proponen en su artículo **“EL SÍNTOMA EN EL TRABAJO: ¿UNA DISFUNCIÓN O UNA INTERVENCIÓN?”** una discusión sobre la actividad profesional de escucha y atención clínica en los casos de sufrimiento en el trabajo. Dicha discusión se sitúa alrededor de la causalidad psíquica, social y orgánica, poniendo en el centro del debate la problemática que la causalidad conlleva en particular, en el ámbito de la salud mental. Los autores indagan la cuestión de la causalidad en un caso clínico según dos versiones de las cuales una pone en relieve el aporte de la investigación ante el dilema según el cual se le considera al síntoma, como una disfunción, o como un modo de funcionamiento.

Cambiando de temática, pero siempre dentro del eje del bienestar en el trabajo, Isabel Freitas nos propone en su artículo acerca de **“EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES EN LA ACTIVIDAD COLECTIVA DEL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS”**, una reflexión y un estudio con foco en la actividad de planificación, de conceptualización y de adaptación constante en un contexto específico, que fomenta una actividad constructiva y, por ende, el desarrollo de la abstracción en el desarrollo de habilidades dentro del contexto laboral, partiendo de éste.

El **RESUMEN DE TESIS** que proponemos en este número es el de Anne Raspaud, intitulada **“DE LA COMPRENSIÓN COLECTIVA DE LA ACTIVIDAD REAL, AL DISEÑO PARTICIPATIVO DE LA ORGANIZACIÓN: PROMOVER LA INTERVENCIÓN ERGONÓMICA “CAPACITANTE”**”. La autora pone de manifiesto mediante una investigación-intervención en el sector de la salud -un centro hospitalario universitario- de que maneras, frente a un proceso de cambio, como es la implementación de la cirugía ambulatoria, la intervención ergonómica permite a los propios trabajadores ser actores del cambio, mediante la confrontación y la transformación de las capacidades colectivas.

La sección de **TEXTOS HISTÓRICOS** esta vez trata de un texto de Georges Friedmann, uno de los fundadores de la sociología del trabajo en Francia, y uno de los primeros impulsores de los estudios de campo en un momento donde los estudios experimentales marcaban “el canon” científico, aún dentro de las ciencias sociales y humanas. Este artículo, está brillantemente reseñado por Catherine Teiger quien nos introduce en la biografía del autor: su evolución intelectual, política y científica así como también, nos propone una serie de reflexiones a propósito de la relación entre teoría/ práctica, ciencias fundamentales/ ciencias aplicadas, estudios de laboratorio /estudios de campo y el valor y la finalidad de los conocimientos.

En la sección del **ABECEDARIO** de este número abordamos las letras “M” y “N”.

Michelle Aslanides nos presenta una reflexión acerca del concepto de **“MODELO”**, ampliamente utilizado tanto en los enfoques de la ergonomía de la actividad como de la psicología del trabajo. Dicho concepto, lejos de ser uniforme, remite a tres formas de uso: i) guiar la acción del analista en su búsqueda de comprensión de los fenómenos que lo preocupan; ii) los modelos en tanto herramientas conceptuales que permiten poner en relación los modos operatorios con sus consecuencias sobre la salud y el desempeño; iii) y finalmente, el carácter epistemológico del concepto, en tanto abordaje que preconiza una cierta manera de enfocar los problemas, los objetivos, el objeto a estudiar, en tanto práctica científica.

Catherine Delgoulet, por su parte, desarrolla la noción de “NOVATO” bajo una triple perspectiva. En tanto objeto conceptual como una noción heterogénea, determinada por las condiciones de contexto en la cual la persona se inserta: una innovación tecnológica vuelve a colocar en posición de “novato” a un “experto” de una actividad. Un segundo aspecto de la noción remite a cuestiones de orden metodológicas como lo demuestra la profusión de estudios desarrollados en diferentes sectores de actividad, a fin de dar cuenta de la diversidad de modos operatorios, de conocimientos empleados por unos y otros. Finalmente, el novato en el trabajo como agente impulsor de reinterrogación de los aspectos implícitos de la actividad de los colectivos de trabajo.

Quisiéramos agradecer especialmente a todas y todos los autores por la contribución a este número, a los miembros de los Comités de la revista que han colaborado como evaluadores, como así también a nuestros colegas Sophie Prunier, Francisco Pucci, Duarte Rolo y Paulo Zambroni-de-Souza.

Para concluir, *Laboreal* siendo una revista que hace hincapié en la actividad de trabajo situada y en interacción con los elementos que caracterizan las condiciones laborales –técnicas, sociales, reglamentarias, organizacionales–, no puede ignorar el contexto en el cual este número aparece. Por un lado, la Conferencia de París sobre el cambio climático, que de alguna manera tendrá una influencia ya sea transformando las actividades (por ejemplo en los viñedos en Francia, desde hace unos años, la vendimias se han adelantado: antes se hacían en septiembre, pero ahora hay lugares en donde se tienen que adelantar pues dada la temperatura la uva maduraría excesivamente) o deslocalizándolas. Por otro lado, los atentados terroristas en Líbano, Francia, Nigeria y Mali en el pasado mes de noviembre, no pueden dejarnos indiferentes ya que seguramente tendrán impactos en la actividad y condiciones de trabajo de muchas personas.

Deseamos a todas y todos los lectores una muy buena lectura!
Cecilia de la Garza & Mario Poy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, D., França, M. B., & Figueiredo, M. (2015). Exercício analítico sobre o método: aspectos linguageiros na atividade dialógica com trabalhadores de exploração e produção no setor petrolífero. *Laboreal*, 11 (1), 39-52. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0115da>
- Seligman-Silva, E. (2015). Recensão crítica do livro de Marcelo Figueiredo: A face oculta do ouro negro: trabalho, saúde e segurança na indústria petrolífera offshore da Bacia de Campos (2012, Niterói: Editora da UFF). *Laboreal*, 11 (1), 103-105. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0115ess>
- Vogel, L. (2014). Un espejo deformante: apuntes históricos sobre la construcción jurídica de las enfermedades profesionales en Bélgica. *Laboreal*, 10 (2), 10-26. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealx0214lv>

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

- De la Garza, C., & Poy, M. (2015). Editorial. *Laboreal*, 11 (2), 7-9. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215cg>

ARQUEOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO

DESIGUALDAD DE GÉNERO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES EN BÉLGICA.

LAURENT VOGEL

Unité 'Conditions de travail, santé et sécurité'

European Trade Union Institute (ETUI)
Bd du Roi Albert II, 5
1210 Brussels
Belgium
lvogel@etui.org

PALABRAS-CLAVE

Desigualdades de género,
Enfermedades profesionales,
Seguridad social.

RESUMEN

El Sistema belga de indemnización de enfermedades profesionales produce desigualdades masivas entre hombres y mujeres. La indemnización de incapacidades permanentes constituye la mayor parte del presupuesto del Fondo de enfermedades profesionales. Los casos indemnizados representan aproximadamente 90% de hombres y 10% de mujeres. Este artículo formula hipótesis sobre los mecanismos jurídicos de la producción de desigualdades. Destaca el papel de los expertos médicos a nivel colectivo (en la definición de enfermedades de la lista) y a nivel individual (en la aceptación o el rechazo de las solicitudes de indemnización). El sub-registro de enfermedades profesionales de las trabajadoras contribuye a un círculo vicioso: la prevención se organiza menos sistemáticamente en muchas profesiones femeninas y consolida el estereotipo según el cual las profesiones femeninas presentarían riesgos menores desde el punto de vista de la salud laboral.

PALAVRAS-CHAVE

Desigualdades de género,
Doenças profissionais,
Segurança social.

RESUMO

A DESIGUALDADE DE GÉNERO E AS DOENÇAS PROFissionais NA BÉLGICA.

O Sistema belga de indemnização de doenças profissionais produz desigualdades massivas entre homens e mulheres. A indemnização das incapacidades permanentes causadas por uma doença profissional constitui a maior parte do seu orçamento. Os casos indemnizados representam aproximadamente 90% de homens e 10% de mulheres. Este artigo formula hipóteses sobre os mecanismos jurídicos de produção dessas desigualdades. Destaca o papel essencial desempenhado pelos especialistas médicos, tanto ao nível coletivo (na definição das doenças que constam na lista de doenças profissionais), como ao nível individual (nas decisões de

Manuscrito recibido em:
junho/2015
Aceite após peritagem:
novembro/2015

aceitação ou de rejeição dos pedidos de indemnização. O sub-reconhecimento das doenças profissionais das trabalhadoras cria um ciclo vicioso: a prevenção é menos sistematicamente organizada em muitas profissões femininas e isso ajuda a reforçar o estereótipo segundo o qual as profissões femininas seriam geralmente menos arriscadas do ponto de vista da saúde no trabalho.

MOTS CLÉS

Inégalités de genre,
Maladies professionnelles,
Sécurité sociale.

RÉSUMÉ

L'INÉGALITÉ DE GENRE ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES EN BELGIQUE.

Le système belge d'indemnisation des maladies professionnelles produit des inégalités massives entre hommes et femmes. L'indemnisation des incapacités permanentes causées par une maladie professionnelle constitue la part essentielle de son budget. Les cas indemnisés représentent environ 90% d'hommes et 10% de femmes. Le présent article présente des hypothèses concernant les mécanismes juridiques de production de ces inégalités. Il met en évidence le rôle essentiel joué par des expertises médicales tant au niveau collectif (dans la définition des maladies qui se trouvent sur la liste des maladies professionnelles) qu'au niveau individuel (dans les décisions d'acceptation ou de rejet des demandes d'indemnisation). La sous-reconnaissance des maladies professionnelles des travailleuses crée un cercle vicieux: la prévention est organisée de manière moins systématique dans de nombreuses professions féminines et cela contribue à renforcer le stéréotype selon lequel les professions féminines seraient généralement moins risquées du point de vue de la santé au travail.

KEYWORDS

Gender inequality,
Occupational diseases,
Social security.

ABSTRACT

GENDER INEQUALITY AND OCCUPATIONAL DISEASES IN BELGIUM.

The Belgian occupational diseases compensation system results in massive inequalities between men and women. The compensation of permanent work disabilities caused by occupational diseases represents accounts for the major part of the budget of the Occupational Diseases Fund. On 10 compensated cases, there are approximately 9 men and one woman. This paper develops hypothesis on the legal mechanisms which cause such inequalities. It underlines the role played by medical expertise at collective level (in the definition of a list of occupational diseases) and at individual level (in the decisions of accepting or rejecting workers' claims). The sub-registration of occupational diseases for women contributes to a vicious circle: prevention is less systematically organized in numerous female jobs and this situation strengthens the stereotype that female jobs are at lower risk from the point of view of occupational health.

INTRODUCCIÓN

En un artículo anterior introduje elementos de análisis histórico sobre la evolución del reconocimiento de las enfermedades profesionales en Bélgica (Vogel, 2014). Un elemento central de este análisis indica que el proceso de reconocimiento se traduce en una distorsión de la percepción del impacto real de las condiciones de trabajo sobre la salud. Esta distorsión refleja, en gran medida, desigualdades sociales más profundas en el mundo del trabajo. Es así como el reconocimiento tan tardío de la silicosis por parte del derecho belga relativo a las enfermedades profesionales puede explicarse por el elevado porcentaje de trabajadores migrantes en las minas de carbón, por lo menos desde 1945. Los mecanismos jurídicos y una parte importante de los conocimientos médicos se vieron fuertemente influidos por este factor social.

El análisis de género de la situación actual muestra que la construcción social de las enfermedades profesionales da como resultado una importante discriminación contra la mujer. Esta situación debilita la prevención de los problemas de salud en el trabajo en las ocupaciones y sectores donde se concentran mujeres. Además de reforzar el estereotipo según el cual el trabajo de las mujeres conlleva menos riesgos que el de los hombres (Messing, 2015).

1.1 Desigualdades incuestionables

1.1.1 Precisiones metodológicas

Los informes anuales del Fondo de Enfermedades Profesionales (FMP, por sus siglas en francés), hacen la distinción entre hombres y mujeres solamente a partir de 2002, lo que permite evaluar estadísticamente el alcance de las posibles desigualdades. Los datos anteriores a 2002 no pueden utilizarse para llevar a cabo un análisis cuantitativo de género.

Recurriendo a la terminología económica, los datos permiten medir la situación en términos de flujo y stock. La medición en términos de flujo: corresponde a todos los nuevos casos procesados durante un año, las decisiones y los gastos. La medición en términos de inventario o stock: consiste en los datos acumulados en relación con el conjunto de indemnizaciones durante un determinado año. Estos datos en términos de stock son más completos, ya que una persona indemnizada por una enfermedad profesional durante los años anteriores tiene probabilidades de continuar recibiendo dicha indemnización a lo largo de su vida y, después de su fallecimiento, sus beneficiarios pueden recibir las prestaciones.

La comparación de los datos en términos de flujo y de stock hace posible verificar si han surgido nuevas tendencias. Podría considerarse que las desigualdades entre hombres y mujeres son principalmente secuelas del pasado. En este caso, los datos en

términos de stock conllevarían desigualdades significativas, mientras que los datos correspondientes al flujo serían mucho más igualitarios ^[1].

Este análisis se centra en los casos de incapacidad laboral permanente, que son los más numerosos y representan el coste financiero más importante. En 2012, de un total superior a los 281 millones de euros en gastos de seguro de parte del FMP, los reconocimientos de una enfermedad profesional causante de una incapacidad permanente representaron poco más de 201 millones (71,5%) ^[2]. Los relacionados con una incapacidad temporal representaron solamente un importe aproximado de 12,7 millones (alrededor del 4,5%). Los gastos relacionados con los fallecimientos ascendieron a 61 millones (21,7%). Casi todos los fallecimientos se produjeron como consecuencia de una enfermedad ya reconocida como causa de una incapacidad permanente. Otros gastos de seguros (asistencia sanitaria o medidas para retirar del trabajo a los trabajadores afectados por enfermedades profesionales) representan importes muy reducidos. Por lo tanto, las cifras aquí examinadas representan más del 90% de los gastos de seguro del FMP, lo que justifica el que no se aborden aquí los gastos relacionados con la incapacidad temporal ni las medidas de prevención. Los datos no permiten identificar indicadores de frecuencia en relación con la población asegurada, la cual se compone de todas las personas que trabajan o han trabajado durante un periodo de su vida en el sector privado o en las administraciones locales o provinciales ^[3]. Así, puede compararse a los hombres y mujeres indemnizados, pero es imposible relacionar estas cifras con la proporción de hombres y mujeres de la población asegurada. Se podría considerar razonablemente que las diferencias de poca magnitud no implican necesariamente una desigualdad. En el caso de algunas enfermedades, existen diferencias objetivas que determinan variaciones enormes entre hombres y mujeres. La silicosis es más frecuente entre los hombres y las enfermedades infecciosas entre las mujeres debido a la composición de los grupos profesionales afectados. En cambio, las grandes diferencias que se constatan en el conjunto de la población activa para la suma de enfermedades reconocidas (en torno al 90% de hombres y el 10% de mujeres para las enfermedades indemnizadas) no pueden explicarse por diferencias objetivas en la composición de la población correspondiente.

1.1.2 Datos en términos de flujo

El proceso que lleva a una posible indemnización comienza ya sea por la declaración de un médico del trabajo, o porque la ha reclamado el paciente (o sus derechohabientes).

La declaración de los médicos del trabajo es obligatoria para todo tipo de patología para la que se sospecha al menos una causa provocada por el ejercicio de la profesión. Conciernen asimismo al sector público. Esta obligación se respeta en muy pocas ocasiones si se considera que cerca de 70% de los trabajadores en

Bélgica están cubiertos por la vigilancia sanitaria por parte de la medicina del trabajo ^[4]. Este es el único ámbito para el que el informe estadístico del FMP cubre tanto el sector privado en su conjunto como el sector público. Se observa una reducción constante del número de declaraciones entre 1994 y 2009, lo que resulta tanto más preocupante en la medida en que el número de trabajadores sujetos a la vigilancia sanitaria aumentó notablemente debido a la evolución de la normativa en vigor. En el curso de los últimos cuatro años se ha iniciado una recuperación. En 2013 se registraron 2.978 declaraciones, de las cuales aproximadamente la mitad correspondían a las mujeres. En este ámbito, no se observa una desigualdad significativa y, de un año a otro, el porcentaje de mujeres es bastante estable. Resulta inquietante comprobar que la mayoría de las declaraciones se refieren únicamente a las enfermedades enumeradas en la “lista”. Las enfermedades que no figuran en la lista (que podrían ser reconocidas en el marco del sistema abierto ^[5]) representan poco menos del 7% de los casos notificados en 2013. Una de las funciones de la declaración obligatoria es establecer un mecanismo eficaz de vigilancia sanitaria que permita supervisar la evolución de las patologías causadas por las malas condiciones de trabajo, con un interés colectivo doble: mejorar la prevención y acelerar la revisión de la lista. Parece que los médicos del trabajo no interpretan correctamente su papel y solamente consideran la posibilidad de formular la declaración en relación con la probabilidad de obtener una indemnización por enfermedad. Esta hipótesis se ve corroborada por la observación de que el aumento significativo en el número de declaraciones de los médicos del trabajo en 2013 se explica solamente por una patología. En 2013, el número de declaraciones de tendinitis se eleva bruscamente a 1.133 casos (más de un tercio de las declaraciones), mientras que en el sistema abierto, en cuyo marco las tendinitis debían haberse declarado obligatoriamente antes de la modificación de la lista en 2012, el número total de enfermedades declaradas se limitó a 392 en 2011, a 242 en 2012 y a 203 en 2013 ^[6]. La única explicación no se debe, evidentemente, a un repentino deterioro de las condiciones de trabajo, sino a la renuencia de los médicos del trabajo a declarar enfermedades cuya indemnización se considera incierta. Las declaraciones de enfermedades profesionales para las mujeres se concentran de manera muy típica en el sector de la sanidad y servicios sociales. Otros sectores – con fuerte concentración de mujeres– permanecen en una zona de invisibilidad. Se pueden citar los ejemplos del comercio y de la limpieza.

Las solicitudes iniciales de indemnización por incapacidad laboral son introducidas por la persona asegurada, ya sea directamente, o a través de otra persona o institución. En caso de declaración por un médico del trabajo, el FMP tiene que contactar al trabajador e informarle sobre la posibilidad de introducir una solicitud de indemnización. A pesar del papel importante atribuido a la medicina del trabajo en los procesos de indemnización de enfermedades profesionales, las estadísticas del FMP muestran

la baja participación de los médicos del trabajo, a los que corresponde el 10,3% de las solicitudes ^[7] de 2013. El papel de las mutuas es sorprendentemente bajo, ya que representa el 8,3% de las solicitudes. Los médicos de cabecera cuentan en su haber el 15,2% de las solicitudes. Estos datos dan pie para asumir cierta soledad de parte de las víctimas, que cuentan con un apoyo insuficiente por parte de las instituciones ^[8]. En esta etapa, no puede distinguirse entre enfermedades que causan una incapacidad permanente de las enfermedades que causan una temporal. Una solicitud relativa a una enfermedad de la lista puede ser recalificada y ser objeto de una decisión positiva en el sistema abierto o viceversa.

En 2012, todas las solicitudes presentadas en el sistema privado en relación con una incapacidad laboral ascendieron a 6.295, con 29% de mujeres. Se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con las patologías que son objeto de esta solicitud. Para los hombres, las tres categorías más importantes son los trastornos lumbares (873 casos), la sordera (776 casos) y problemas respiratorios (765 casos). En lo que respecta a las mujeres, solamente dos grupos superaron los 200 casos: la tendinitis (523 casos) y el síndrome del túnel carpiano (459). En las administraciones provinciales y locales, las mujeres son más numerosas que los hombres a introducir una primera solicitud (415 casos contra 267). Aun cuando el síndrome del túnel carpiano sigue siendo el motivo principal de las solicitudes de las mujeres (99 casos), es seguido de cerca por los trastornos respiratorios (91 casos) y la tendinitis (85 casos).

La comparación con 2013 es significativa. Las solicitudes presentadas se incrementaron considerablemente (10.134 casos) y el porcentaje de mujeres también aumentó de forma significativa (38%). Este fenómeno se debe íntegramente a la inclusión de las tendinitis en la lista de enfermedades profesionales, las cuales motivaron 3.745 solicitudes (con aproximadamente el 53% de mujeres). Por sí solas, las tendinitis representaron poco más de la mitad de las solicitudes presentadas por las mujeres (1.972 de 3.869 solicitudes). En 2014 se observa la misma tendencia, con 9.545 solicitudes presentadas (de las cuales 3164 corresponden a tendinitis). Estas cifras demuestran la importancia de las revisiones periódicas de la lista en la lucha contra la discriminación de género.

La mayoría de las solicitudes presentadas son rechazadas por el FMP tanto en el sistema abierto como en el sistema de lista. En el sector privado, se rechazaron 4.847 solicitudes en el sistema de lista en 2013 (con cerca del 40% de mujeres) en relación con 2.987 decisiones positivas. Los datos de 2014 son similares: 5.095 rechazos, cuyo 40% eran solicitudes femeninas. Entre hombres y mujeres se observa una diferencia significativa en cuanto a la tipología de las decisiones positivas. Para los hombres, más de la mitad de las decisiones positivas implican el reconocimiento de una incapacidad permanente (1.002 casos en relación con 1.981 en 2013). Para las mujeres, el número de incapacidades permanentes reconocidas representa aproximadamente el 10% de las

decisiones positivas (100 casos sobre 1006). La proporción entre hombres y mujeres en términos de decisiones positivas que reconocen una incapacidad permanente fue de 10 a 1 en 2012. Con la posibilidad de reconocimiento de la tendinitis, se modificó ligeramente. En 2014, las primeras decisiones positivas que reconocen una incapacidad permanente en el sector privado ascendieron a 884, con 752 hombres y 132 mujeres (relación aproximada de 6 hombres por cada mujer). La evolución se debe a una sola entrada en la lista, la relativa a la tendinitis (con 99 mujeres y 159 hombres).

	2013 hombres	2013 mujeres	2013 total	2014 hombres	2014 mujeres	2014 total
EP causadas por una lista de varios agentes químicos	13	2	15	6	2	8
EP de la piel causadas por otros agentes	6	7	13	7	7	14
EP por inhalación causadas por otros agentes	345	12	357	272	13	285
EP por agentes biológicos	0	1	1	0	0	0
EP causadas por agentes físicos (entre paréntesis tendinitis)	636 (89)	66 (45)	702 (134)	463 (159)	108 (99)	571 (258)
Otras EP	2	12	14	4	2	6
Total	1002	100	1102	752	132	884

Tabla 1: Primeras decisiones positivas de indemnización de una incapacidad permanente por una enfermedad profesional de la lista en el sector privado.

El año 2006 registró el número más bajo en lo que se refiere a las decisiones positivas que reconocen una incapacidad permanente (844 casos) en relación con un nivel máximo en 1992 (4.888 casos). La reducción dramática de la cantidad de decisiones positivas se explica por dos factores: la paulatina reducción de casos de silicosis (con el cierre de las minas de carbón, los nuevos casos son excepcionales) y la revisión de los criterios de la lista sobre las enfermedades causadas por vibraciones mecánicas. Las decisiones positivas por incapacidad permanente en el caso de enfermedades causadas por agentes físicos son las que han experimentado los mayores cambios en los últimos veinte años. Representaban cerca de 4.000 casos en 1992 y se han mantenido en torno a 500 casos desde 2006, pero con un aumento correspondiente al reconocimiento de las tendinitis a partir de 2013. Las revisiones, intervenidas en 2002 y en 2004, de los códigos de los trastornos dorsolumbares han reducido significativamente el número de decisiones positivas.

En el sistema abierto, el número de decisiones positivas es bajo. En 2012, se rechazaron 1.517 solicitudes relativas en su gran ma-

yoría a dos grupos de patologías: patologías óseas, articulares y discuales y tendinitis. Alrededor del 30% de las solicitudes rechazadas concernían a las mujeres. Las mujeres dependen más que los hombres del sistema abierto: en el sistema de lista se han reconocido 63 incapacidades permanentes, en relación con 113 en el sistema abierto. Dado que es posible ahora reconocer la tendinitis como parte de la lista, el sistema abierto solo desempeña un papel residual y marginal. En 2014, hizo posible el reconocimiento de 21 casos de incapacidad permanente (19 hombres y 2 mujeres) y 10 casos de incapacidad temporal (9 hombres y 1 mujer).

Si se examinan las solicitudes presentadas a raíz de un fallecimiento, la desigualdad entre hombres y mujeres es enorme: 1.397 solicitudes rechazadas en 2012 sobre la base del sistema de lista en el sector privado, en las que figuran solamente 42 mujeres (alrededor del 3%). Las 459 decisiones positivas reflejan una proporción comparable: 7 conciernen a las mujeres, es decir, menos del 2%. En el caso de los hombres, la silicosis sigue siendo la causa principal de estas solicitudes (850 casos), seguida del mesotelioma (154 casos). Para las mujeres, solamente el mesotelioma supera los 10 casos (16 casos en 2012). El reducido porcentaje de mujeres puede explicarse por el efecto combinado de dos factores: una causa histórica (pocas mujeres estuvieron expuestas a la silicosis en el siglo XX como consecuencia de la ley del 5 de junio de 1911 que prohibía a las mujeres actividades de trabajo bajo la tierra) y una causa actual (la invisibilidad social de la mayoría de los cánceres profesionales que afecta de manera más importante a las mujeres, pero también a los hombres).

En general, el control judicial interviene solamente en un reducido número de solicitudes rechazadas. En 2011 y 2012 las impugnaciones judiciales ascendieron a 1.267 (de las cuales 207 en el marco del sistema abierto). No se impugnaron más de cuatro de cada cinco decisiones de rechazo. Nunca se han estudiado las razones que explican esta situación. Tomando como base estudios publicados en otros países, cabe suponer que existe una gran variedad de factores: debilitamiento de la persona enferma, insuficiencia de los servicios jurídicos de los sindicatos, dificultades para aportar la prueba en el caso del sistema abierto y, a pesar del principio de presunción, para establecer el riesgo profesional de determinadas patologías que figuran en el sistema de lista.

1.1.3 Datos en términos de stock

En estos datos se percibe una mayor huella de las actividades industriales que predominaron en el pasado. Este es precisamente el caso de la silicosis. En 2012 ^[9], con 7.150 casos, las indemnizaciones por concepto de incapacidad permanente en relación con la silicosis representaron más del 13% del total de casos y casi el 18% del total de las cantidades abonadas. Las mujeres representaron menos del 0,4% de estos casos.

El caso de los trastornos músculo esqueléticos es diferente. Estas patologías están lejos de pertenecer al pasado. Las condicio-

nes actuales de reconocimiento no se adaptan a la mayoría de las situaciones. En el sector privado, se registraron en 2012 alrededor de 26.000 casos de incapacidad permanente debido a los daños causados por las vibraciones mecánicas. La gran mayoría de los casos indemnizados lo fueron antes de 2002. Después de esta fecha, los diversos códigos han sido reemplazados por otros nuevos, los cuales solamente abren la posibilidad de un número muy limitado de indemnizaciones. De acuerdo con los criterios indicativos del FMP, solamente los trabajadores con lesiones importantes manifestadas antes de la edad de 40 años pueden ser indemnizados por concepto de lesiones lumbares causadas por vibraciones mecánicas. Las posibilidades de reconocimiento de una enfermedad profesional causada por la manipulación manual de cargas o por el estrés postural son sumamente limitadas y dependen del sistema abierto. Estas limitaciones contribuyen a excluir en gran medida a las mujeres de la indemnización por patologías dorsales o lumbares.

En lo que se refiere al stock, las desigualdades entre hombres y mujeres pueden constatarse con toda claridad. Entre las 52.950 personas indemnizadas por incapacidad permanente en el sector privado mediante el sistema de lista, 4.510 eran mujeres, es decir, en torno al 8,5%. Por otra parte, la tasa media de incapacidad permanente de las mujeres es inferior a la de los hombres, ésta corresponde al 15,3% en relación con el 18,5%.

Las diferencias en el sistema abierto son menos pronunciadas, pero siguen siendo importantes. En 2012, para un total de 1.306 personas en el sector privado, se indemnizaron 422 mujeres (32%) por incapacidad permanente. En el sistema abierto, también se observa una diferencia en las tasas de discapacidad que es desfavorable a las mujeres (8% en relación con un 9,2% para los hombres).

Una menor tasa de incapacidad conlleva consecuencias jurídicas. De hecho, las prestaciones no son totalmente proporcionales a esta tasa de incapacidad. Se reducen a la mitad si la tasa es inferior al 5% y a una cuarta parte cuando se sitúa entre un 5 y un 9%. De todos los casos conocidos, la probabilidad de que la indemnización de las mujeres se vea reducida es mayor que la de los hombres.

Si se suman los casos indemnizados por incapacidad permanente en el sistema abierto y el sistema de lista, se obtiene un porcentaje del 9% de las mujeres en el sector privado. Queda claramente de manifiesto que este porcentaje es considerablemente menor que el porcentaje de mujeres que trabajan o han trabajado en este sector. En cuanto a las indemnizaciones por fallecimiento, los datos del FMP no especifican el sexo de la persona fallecida. Identifican el sexo del cónyuge. Cabe suponer que, en la gran mayoría de los casos, se trataba de parejas heterosexuales. De asumirse que el sexo de la persona fallecida es diferente al del cónyuge, se calcula que se han concedido indemnizaciones por fallecimiento a la pareja de 11.260 hombres, en relación con el cónyuge de 96 mujeres (menos del 1%). Esta es una paradoja común en la seguridad

social: el único “beneficio” que las mujeres obtienen de la desigualdad tiene relación con los derechos derivados. De hecho, es una forma de subvencionar la institución de la familia con todas las desigualdades cuya reproducción permite.

1.2 Hipótesis sobre la producción jurídica de esta desigualdad

Explicar estos datos mediante criterios objetivos parece poco probable. Las encuestas sobre las condiciones de trabajo no permiten indicar objetivamente que las mujeres estarían expuestas 10 veces menos que los hombres a los diferentes factores de riesgo susceptibles de causar una enfermedad profesional provocando una incapacidad permanente ^[10]. Del mismo modo, los datos de los países vecinos donde las condiciones de trabajo y la distribución de hombres y mujeres entre los diversos sectores y grupos son comparables a las de Bélgica, obligan a descartar una explicación objetiva en términos sanitarios.

Cabe cuestionar las normas y prácticas relativas a su aplicación. En el marco de este artículo me centraré en el análisis de los mecanismos jurídicos, sin dejar de tener presente que éstos interactúan constantemente con factores no jurídicos ^[11].

1.2.1 Las disposiciones legislativas

1.2.1.1 Sistema general legislativo

La disposición legal de la Ley de 24 de diciembre de 1963 ha sido brevemente descrita por Danièle De Brucq como sigue:

- a) “La presunción *iuris et de iure* da una solución al problema de la causalidad aportando la ventaja de imposibilitar una controversia sobre la existencia o no existencia de la relación de causalidad, una vez que se establece que la víctima se vio expuesta al riesgo de la enfermedad propiamente dicha durante un corto período;
- b) y en contraparte, la reparación del daño que es (como en el accidente de trabajo) fija, es decir, parcial;
- c) La generalización de la reparación a todas las industrias en las que la víctima se ha visto expuesta al riesgo de la enfermedad contraída;
- d) y, en contrapartida la contribución única invariable, denominada de solidaridad, que distribuye el coste del riesgo, y solidariza a todos los empresarios haciendo que participen en los daños causados en las empresas más peligrosas. Este sistema permite una reducción de la carga sumamente pesada que de otro modo pesaría solamente sobre las empresas más peligrosas”. (De Brucq, 1998).

Este análisis determina lo esencial, aun cuando la jurisprudencia y las modificaciones legislativas posteriores puedan contradecir su optimismo. Sin embargo, es preciso añadir un elemento im-

portante que crea un desequilibrio desfavorable para los trabajadores, es decir, la inmunidad civil concedida a los empleadores. Esta crítica merecería que se comentara ampliamente, tanto desde una perspectiva histórica como en derecho comparado. Me limitaré aquí a lo esencial. La formulación tiene la intención de evitar una inmunidad incondicional y total. Incluso prevé la subrogación del Fondo a los derechos de la víctima equivalente a las cantidades que ya haya abonado ^[12]. En la práctica, las excepciones previstas por la ley formulan condiciones imposibles de cumplir. La culpa intencional en lo que se refiere a las enfermedades profesionales puede imaginarse en los tratados teóricos o en las novelas de detectives. Nunca aparece en la jurisprudencia. Ni siquiera las violaciones conscientes y caracterizadas de obligaciones específicas de prevención tienen la posibilidad de ser tipificadas como culpa intencional. Las adiciones posteriores se refieren a hipótesis de tal improbabilidad ^[13] que apenas se distinguen de la condición imposible de cumplir. En cuanto a la supuesta simetría entre la culpa intencional del trabajador y la del empleador, es artificial. Equivale a negar que es el empleador el que determina la organización del trabajo, la elección de los procesos de producción y las sustancias utilizadas. Por otra parte, no se entiende por qué la inmunidad del empleador cubre también elementos del daño, como la ansiedad, que está excluida para la indemnización de las enfermedades profesionales ^[14].

1.2.1.2 Una definición que tarda en llegar

La ley toma como punto de partida una definición kelseniana para indicar en qué consiste una enfermedad profesional. Señala: “el Rey elabora la lista de las enfermedades profesionales, que se traducen en la reparación del daño” (artículo 30 de las leyes coordinadas de 3 de junio de 1970). Menciona otra posible fuente: las enfermedades profesionales sujetas a un convenio internacional obligatorio debidamente ratificado por Bélgica. Originalmente, durante los debates que precedieron a la Ley de 1927, esta ausencia de definición legal se presentó como una disposición provisional (Ugeux, 1995). La situación era urgente. Era preciso crear las condiciones para la ratificación del Convenio núm. 18 de la OIT y los conocimientos médicos no eran suficientemente precisos como para crear una definición jurídica adecuada. El Ministro de Trabajo había tenido que calmar al Parlamento: “¿Por qué, pues, pedirnos contar con definiciones indiscutibles antes de actuar?”. Ochenta y cinco años más tarde, continuar con esta situación no deja de tener inconvenientes. Los reales decretos que definen las enfermedades enumeradas en la lista no son susceptibles de ser controlados por el Consejo de Estado, salvo en caso de vicios de forma o, eventualmente, una ilegalidad en virtud de otras disposiciones legislativas. En Francia, por el contrario, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha permitido una mejor supervisión de la producción normativa. Los decretos pueden ser anulados cuando formulan condiciones contrarias a la ley ^[15].

La introducción del sistema abierto implicaba necesariamente que se formulara un criterio, el cual fue establecido por el artículo 30 bis: es una enfermedad que encuentra su causa determinante y directa en el ejercicio de la profesión. La obligación de demostrar la relación de causalidad entre la enfermedad y el riesgo profesional recae, en este caso, en la víctima.

1.2.1.3 El criterio de riesgo profesional

El artículo 32 de las leyes coordinadas constituye el punto más débil de la construcción legislativa. Su aplicación conduce a un planteamiento en dos etapas. Sobre la base de los artículos 30 y 30 bis ha de examinarse si existe una enfermedad profesional. En la práctica, significa que es preciso referirse a la lista o a las pruebas aportadas en el sistema abierto. En segundo lugar, se considerará que cabe indemnizar esta enfermedad únicamente si se establecen los criterios jurídicos que definen el “riesgo profesional”. La formulación de este artículo ha sido revisada varias veces ^[16] sin llegar nunca a una solución satisfactoria desde el punto de vista de la coherencia general de la ley. Esta se basa en un principio de presunción irrefutable de la causalidad cuando una situación está cubierta por la lista. De hecho, se observa que pueden presentarse tres situaciones principales:

- a) la lista define una exposición sin relacionar con ella una patología en particular (por ejemplo, las enfermedades causadas por el benceno);
- b) la lista define una patología que deja abierta la determinación de las exposiciones que la provocan (por ejemplo, las enfermedades cutáneas causadas por sustancias no consideradas en otros epígrafes);
- c) la lista define tanto una exposición como una patología (ya sea de forma explícita: cánceres de pulmón o laringe causados por el amianto, o implícitamente, la silicosis).

Esta clasificación en tres grupos no deja de ser cuestionable. Aun cuando nadie va a poner en duda que al incluir la silicosis en la lista se hace necesariamente referencia a las condiciones de trabajo que exponen al sílice, el síndrome del túnel carpiano (que entra en el ámbito del código 1.606.51) puede incluirse ya sea en el tercer grupo (la relación con los movimientos específicos está bien establecida), o en el segundo, en caso de prevalecer un análisis multicausal.

Intuitivamente, podría pensarse que la tercera variante es la que ofrece la mayor seguridad jurídica. Se define un factor de riesgo y sus posibles consecuencias en términos sanitarios. A menos que se vacíe de su contenido la noción de presunción, no está claro qué impugnación sigue siendo posible si se establecen ambos hechos. En el derecho, una presunción consiste precisamente en extraer consecuencias jurídicas de ciertos hechos. Como señala Chaïm Perelman, la función de una presunción no es sacar la ver-

dad a la luz: “al establecer una presunción legal a favor de una de las partes, se le concede una ventaja que puede resultar decisiva en nombre de otras consideraciones y otros valores distintos a la verdad objetiva o a la seguridad jurídica (Perelman, 1976, p. 32)”. Asimismo, precisa que al plantearse una presunción, se crea una nueva norma jurídica que expresa en términos jurídicos una determinada situación.

En la práctica, las impugnaciones legales a menudo implican situaciones que corresponden a la tercera hipótesis. Los hechos correspondientes a la exposición y la enfermedad están bien establecidos. El contencioso más importante se refiere a las patologías musculoesqueléticas y se centra en la noción de causalidad planteada a través del artículo 32 de las leyes coordinadas sobre la definición de riesgo laboral. El principio de legalidad ha sido relegado a un segundo plano para dar prioridad a conocimientos que se refieren, esencialmente, a la relación de causalidad entre los dos hechos establecidos prestándole mucho más importancia que a la materialidad de los hechos. Esta situación puede provocar discriminaciones contra las mujeres, en la medida en que los conocimientos expertos en materia de salud laboral tienden a dejar de lado a las mujeres ^[17].

He hecho un cálculo sobre la base de los últimos informes anuales del FMP. Sus estadísticas no hacen posible distinguir entre los procedimientos relativos a la lista y los que se basan en el sistema abierto en función de las patologías. Por lo tanto, existe un alto grado de incertidumbre. De 1.203 resoluciones judiciales dictadas en 2011 y 2012, 346 se referían a las patologías lumbares (definidas, sin embargo, muy detalladamente en la lista), 169 a los trastornos óseos y articulares, 133 a las patologías respiratorias (por lo general asociadas en la lista a agentes causales), 108 al síndrome del túnel carpiano. Desde un punto de vista más cualitativo, nuestra propia experiencia con los representantes sindicales y los médicos del trabajo, nos indica que el FMP suele rechazar regularmente enfermedades para las que se ha formulado una exposición explícita (en particular, un número significativo de cánceres de pulmón causados por el amianto).

Es como si la presunción establecida por la ley tendiera a desaparecer cuando se planteara una etiología multicausal. El carácter contrario a la igualdad de esta situación se ve reforzado cuando se trata de las mujeres, ya que a menudo se encuentran en actividades en las que la trazabilidad de las exposiciones ocupacionales es menor. Por otra parte, delegados sindicales indican que no es raro que los expertos médicos (tanto en el procedimiento administrativo del FMP como en los procedimientos judiciales ante los tribunales laborales) planteen la cuestión de saber si una trabajadora tiene hijos para estimar la parte eventual del trabajo familiar en los trastornos musculo-esqueléticos. Esta pregunta no se hace en el caso de los hombres.

1.2.1.4 Filtros sucesivos

El enfoque definido explícitamente por el FMP para el sistema abierto indica que un solo obstáculo en la secuencia de los filtros es suficiente para obstruir el paso ^[18]. Por otra parte, los peritajes individuales conceden un lugar importante al historial médico, las características físicas, la edad, la posible práctica de un deporte, etc. Este tipo de peritaje conlleva un sesgo intrínseco que debería llevar a los jueces a tener en cuenta la duda razonable en favor de las personas aseguradas. La inteligencia clínica se basa en una relación interpersonal donde la confianza entre el médico y el paciente es sumamente importante. En un peritaje, este vínculo es inexistente. Numerosos trabajadores que se han visto envueltos en este tipo de procedimientos se quedan con la impresión de ser percibidos como “sospechosos”. Su experiencia relativa a sus condiciones de trabajo disminuye en importancia en favor de medidas de carácter objetivo. Esta situación introduce un factor de desigualdad en detrimento de las mujeres, ya que para las ocupaciones que responden al estereotipo de “trabajos pesados”, las exposiciones se aceptan más fácilmente que en las profesiones supuestamente más ligeras.

El establecimiento de filtros conduce a prácticas arbitrarias. En el caso de algunos códigos, el FMP admite sin mucha dificultad que las condiciones de trabajo juegan un papel decisivo. Así, para el código 1.603 relativo a las hipoacusias y sorderas causadas por el ruido, las circunstancias individuales son neutralizadas por la referencia a los valores límite de exposición. El reconocimiento de la enfermedad no planteará problema, siempre y cuando los niveles de ruido excesivo estén documentados o se benefician de la presunción. En el caso de las enfermedades dorsolumbares la situación se invierte: las condiciones objetivas del trabajo son secundarias. Tanto la revisión del expediente por el FMP como los peritajes requeridos por los jueces conceden una atención considerable a la edad, el peso, el tamaño y otros factores individuales. El carácter arbitrario de muchos peritajes no es neutro desde una perspectiva de género. Tiende a consolidar el estereotipo de una peligrosidad menor del trabajo remunerado de las mujeres. En particular, tiende a oponer argumentos sobre las consecuencias posibles de actividades en el entorno de la familia como pruebas del carácter no determinante de las condiciones de trabajo en el desarrollo de patologías.

Los criterios técnicos definidos por el FMP tienden a añadir condiciones que no figuran en la ley ni en la lista. En cuanto al síndrome psicoorgánico causado por los solventes, el FMP considera que toda solicitud de indemnización se basa en un diagnóstico fundamentado en tres elementos: una descripción de la exposición ocupacional a solventes orgánicos, un informe neurológico o psiquiátrico que confirme el diagnóstico y un informe establecido por un médico internista que excluya otras posibles causas. Los dos primeros elementos reflejan los requisitos legales: el asegurado debe establecer la exposición y la

enfermedad. El tercero, en cambio, los contradice. La condición de exclusividad de la causa profesional fue rechazada explícitamente por el Tribunal de Casación.

Los criterios definidos más recientemente para la evaluación de la exposición a riesgos laborales de tendinopatías también son cuestionables. Se basan en la lista de verificación OCRA, la cual fue elaborada para finalidades completamente distintas. Consiste únicamente en formular un diagnóstico rápido para la definición de las prioridades de prevención. Los autores de la lista de verificación indican, para aquellas puntuaciones en las que el FMP considera que el riesgo profesional es inexistente, una prevalencia significativa de las patologías de las extremidades superiores (Colombini, 2011). Así, el FMP considera que no habría ningún riesgo profesional en el caso de una puntuación de 11.1 a 14 de la lista de verificación OCRA, mientras que sus autores señalan que con una puntuación semejante entre el 8,5 y el 10,7% de los trabajadores se verá afectado por una enfermedad de las extremidades superiores. Es decir, que existe un claro riesgo profesional.

La persona asegurada puede impugnar las decisiones del FMP ante los tribunales y los jueces han de considerar que los criterios del FMP son meramente indicativos. Sin embargo, no dejan de jugar un papel crucial en la decisión de introducir una solicitud de indemnización. Nadie quiere exponerse a la doble y difícil experiencia de pasar por los procedimientos administrativos y los recursos legales.

Cabe recordar a este respecto los principios establecidos en la Recomendación de la Comunidad Europea de 20 de julio de 1966: “El juego de la presunción legal establecida por la existencia de la lista de enfermedades profesionales y las condiciones de concesión de prestaciones que éstas conllevan permiten aplicar casi automáticamente disposiciones legales adoptadas en otro lugar, a falta de una definición general de la enfermedad profesional”. No respetar este vínculo entre la ausencia de una definición general y el “carácter casi automático” del reconocimiento afecta a todo el equilibrio del sistema. En el caso concreto de la legislación belga, existe una incoherencia importante, ya que la legislación formuló este carácter semiautomático en términos mucho más vinculantes: los de la presunción irrefutable.

1.2.2 Los textos reglamentarios

1.2.2.1 El listado

El texto más importante es, obviamente, el Real Decreto de 28 de marzo de 1969, relativo la lista de enfermedades profesionales, el cual ha sido objeto de numerosas modificaciones posteriores. El contenido de la lista corresponde en buena parte a las exposiciones tradicionales de un trabajo industrial, con excepción de factores no materiales relacionados con la organización del trabajo (horarios, intensidad, trabajo nocturno^[19], movimientos

repetitivos, manipulación manual de cargas, estrés postural, trabajo monótono). La mayoría de estos riesgos no se abordan o lo son solamente de forma muy restringida. No es una elección deliberadamente discriminatoria, ya que una lógica disciplinaria también juega un papel importante. Se favorecen los estudios epidemiológicos de un único factor de riesgo en un determinado grupo profesional. Los factores relativos a la organización del trabajo son mucho menos característicos de actividades profesionales específicas. Pueden determinarse, con cierto margen de incertidumbre, las actividades profesionales en las que se produce una exposición al benceno, a radiaciones ionizantes o al virus de la hepatitis. Resulta mucho más complejo rastrear otras exposiciones y la única referencia a “los conocimientos médicos” en el artículo 32 de la ley es inadecuada. Otras disciplinas tales como la ergonomía, la psicología y la sociología aportan conocimientos complementarios que permitirían tomar mejor en cuenta estos riesgos.

El único grupo de enfermedades de la lista que afecta a una gran mayoría de las mujeres es el de las enfermedades infecciosas o parasitarias. Este grupo es principalmente aplicable al sector de la atención sanitaria y las mujeres representan la gran mayoría de los trabajadores de este sector. De igual manera, se observa una mayoría de mujeres entre las personas indemnizadas a raíz de enfermedades alérgicas causadas por el látex. Hay que subrayar que, en ambos casos, se trata de patologías monocausales.

El quinto grupo de la lista se refiere a agentes físicos. Este es el grupo en el que sin duda alguna la redacción de los códigos es la más criticable. La lista solamente permite indemnizar una fracción muy reducida de todos los trastornos musculoesqueléticos existentes. La escasa representación de las mujeres en este grupo resulta dramática.

1.2.2.2 Precocidad y edad: ¿un factor de discriminación?

La noción de “lesiones degenerativas precoces” formulada por el código 1.605.12 en relación con las patologías lumbares causadas por vibraciones mecánicas es incompatible con la lógica general del sistema^[20]. No se refiere a condiciones de exposición, sino al supuesto estado general de salud de un grupo de edad de la población. Tiende a dar lugar a una discriminación indirecta contra los trabajadores de más edad. Si dos trabajadores de 25 años y 45 años respectivamente, están sujetos a las mismas condiciones de trabajo durante el mismo período de tiempo y se ven afectados por la misma patología lumbar, el primero podrá recibir una compensación con arreglo al código 1.605.03 de la lista de enfermedades profesionales, mientras que el segundo puede verse privado de dicha indemnización^[21].

La preocupación por ahorrar gastos ha producido una ruptura con la coherencia global del sistema. Esta coherencia supone que la inclusión de una enfermedad en la lista crea una presunción de causalidad independiente de las características

personales del trabajador. Si tuviera que adoptarse un enfoque contrario abriría la puerta a la discriminación basada en los más diversos criterios tales como la genética, el origen étnico, el sexo, los comportamientos propios de la vida privada (como el tabaquismo, escuchar música a alto volumen o practicar determinadas actividades de ocio). La literatura científica señala posibles vínculos entre ciertas enfermedades profesionales y características genéticas. Resulta difícil imaginar que las enfermedades profesionales dejen de ser indemnizadas entre los trabajadores que presenten una predisposición genética a estas patologías ^[22].

La coherencia jurídica de un sistema que formula una presunción de causalidad exigiría que la edad fuera excluida del debate, ya que ninguna enfermedad es causada por la edad. El criterio formulado en la lista no se refiere explícitamente a la edad. Sin embargo, la noción de “precocidad” da inevitablemente lugar a que la edad se convierta en un elemento determinante. La justificación ha sido tomada de una simple observación estadística de una mayor prevalencia de ciertas enfermedades que afectan a una parte de la población. Los datos epidemiológicos utilizados por el FMP no distinguen lo que depende de la edad como condición biológica y lo que depende como condición social (especialmente todos los efectos relacionados con un desgaste debido al trabajo y la acumulación de exposiciones profesionales a todo lo largo de la vida activa).

1.2.2.3 La lista y los cánceres

Los cánceres de origen profesional son reconocidos actualmente como la primera causa de mortalidad relacionada con las condiciones de trabajo. Habida cuenta de la magnitud del problema, la lista actual resulta poco eficaz. Por ejemplo, no es lógico que la exposición al betún (código 1.201.03) se asocie únicamente a las patologías cutáneas cuando también es causa del cáncer de pulmón ^[23]. Las deficiencias de la lista se añaden a los criterios restrictivos de reconocimiento formulados por el FMP para determinados tipos de cáncer de la lista (en particular para el cáncer de pulmón causado por el amianto). Solo los mesoteliomas se tienen en cuenta con cierta eficacia. Representan el 54% del conjunto de cánceres reconocidos.

Entre 2001 y 2010, el FMP reconoció 1.585 cánceres como enfermedades profesionales. Las mujeres representaron solamente el 2% de los casos reconocidos (32 casos en diez años). Durante los diez años para los que se dispone de datos (2001-2010), se reconocieron poco más de 5 casos sobre 1000 como enfermedades profesionales para los hombres (en promedio, 160 tipos de cáncer por año para una morbilidad total de 30.000 nuevos casos). Para las mujeres, se alcanza el minúsculo porcentaje de menos de 2 casos de media por cada 10.000 (entre 1 y 6 cánceres reconocidos cada año para una morbilidad femenina en torno a 25.000 nuevos casos de cáncer).

Todas las estimaciones epidemiológicas atribuyen una proporción significativamente superior a los cánceres de origen profesional. En términos de exposición, las mujeres están ciertamente menos expuestas que los hombres a productos químicos cancerígenos ^[24]. En cambio, están más expuestas que los hombres a productos citostáticos debido a la estructura del empleo en el sector sanitario. El riesgo representado por el trabajo nocturno en términos de cáncer es mayor para las mujeres que para los hombres habida cuenta de la morbilidad tan elevada que representa el cáncer de mama en las mujeres. Asimismo, tendrían que evaluarse las exposiciones profesionales a los disruptores endocrinos y a los niveles de riesgo diferenciados que pueden implicar para los hombres y las mujeres. Por lo tanto, no hay ninguna explicación objetiva en términos sanitarios que justifique esta relación de uno a cincuenta entre los cánceres femeninos y los cánceres masculinos reconocidos como enfermedades profesionales.

1.2.2.4 Los riesgos psicosociales

La lista no tiene en cuenta los factores psicosociales. Algunas de las enfermedades que ellos causan son conocidas desde hace por lo menos un siglo. Al igual que con otras enfermedades profesionales, la literatura médica ha intentado dar explicaciones de muy diversa índole. Algunos autores ponen de relieve factores individuales o biológicos. Entre las dos guerras mundiales, un neurólogo estadounidense explicó la elevada prevalencia de la neurastenia entre las trabajadoras de la confección por el hecho de que un porcentaje significativo de estas trabajadoras eran judías originarias de Rusia ^[25]. Se basaba en una extensa literatura médica para atribuir el problema a factores raciales y sexuales. Otros, por el contrario, han hecho hincapié en el papel crucial de las condiciones de trabajo. Entre ellos, los estudios del psiquiatra francés Le Guillant sobre la “neurosis de las telefonistas” en la década de los años cincuenta del siglo XX. Como señala Régis Ouvrier-Bonnaz: “Le Guillant confía en la perspicacia de las propias interesadas para referir la gran complejidad de su actividad. Le Guillant toma muy en serio las reivindicaciones de las telefonistas. Pero también sabe que los esfuerzos de los trabajadores por comprender sus vivencias deben ser secundados”. Para Le Guillant, “el síndrome descrito por las operadoras telefónicas no les es exclusivo, sino que afecta a ‘todos los puestos de trabajo que implican, con o sin fatiga muscular, un ritmo excesivamente rápido de las operaciones así como condiciones de trabajo objetiva o subjetivamente penosas, la mecanización de los actos y la monotonía, la estrecha vigilancia, la perturbación de las relaciones humanas en la empresa’” (Ouvrier-Bonnaz, 2006).

El reconocimiento de patologías específicas relacionadas con los riesgos psicosociales se encuentra ante obstáculos considerables. Estos riesgos desempeñan un papel importante en los trastornos músculos esqueléticos ^[26] pero este factor se toma poco en cuenta en los peritajes presentados a los tribunales

laborales con miras al reconocimiento de enfermedades profesionales. Más allá de su contribución a las patologías físicas se extiende un campo más amplio de enfermedades que afectan a la salud mental. El *burn-out* o agotamiento profesional, las depresiones, el estrés postraumático están correlacionados con los riesgos laborales.

La lista belga de las enfermedades profesionales nunca ha incluido ningún factor psicosocial. La posibilidad de un reconocimiento en el marco del sistema abierto está prácticamente excluida. Un estudio comparativo europeo indica que se habrían reconocido en Bélgica dos casos a lo largo de un período de quince años (Eurogip, 2013).

Cuando se prepararon los primeros textos en relación con la ley de 11 de junio de 2002 sobre el acoso y la violencia, se planteó la cuestión de un posible reconocimiento de las enfermedades profesionales. El Consejo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres había llamado la atención sobre este problema en su dictamen sobre el proyecto de ley. Pidió “facilitar el reconocimiento como enfermedades profesionales de las patologías derivadas de este tipo de situaciones ^[27]” (es decir, que resultan de la violencia, el acoso moral o el acoso sexual). El Consejo pidió al ministro federal de Empleo tomar las iniciativas pertinentes en este sentido. En su declaración introductoria a la Comisión de Asuntos Sociales de la Cámara, el ministro había indicado su deseo de que las patologías derivadas de estas situaciones se admitieran en el marco de la indemnización por riesgos profesionales. En la práctica, existe desde entonces una cobertura limitada en el marco de la indemnización de accidentes de trabajo ^[28]. La mayoría de los casos no responden a las condiciones fijadas para obtener esta indemnización, ya que es imposible identificar un acontecimiento repentino. No se indemnizan las consecuencias del acoso y otros riesgos psicosociales en el contexto de las enfermedades profesionales.

La situación actual es paradójica. Sobre la base de las disposiciones específicas relativas al acoso moral y la violencia en el trabajo, los empleadores están obligados a organizar la prevención. Los trabajadores víctimas de una enfermedad pueden obtener una indemnización en virtud de la responsabilidad civil a través de los procedimientos judiciales establecidos por la ley. En este ámbito, la inmunidad civil del empleador carece de vigencia y los trabajadores se benefician de la adaptación de la carga de la prueba específica a esta parte de la legislación laboral en relación con el establecimiento del factor causal en la organización del trabajo.

Por lo tanto, en caso de acoso moral, las enfermedades podrán ser indemnizadas por el empleador sobre la base de su responsabilidad civil ^[29]. En caso de que estas enfermedades sean causadas por otras condiciones de riesgo psicosocial (por ejemplo, una carga de trabajo excesiva combinada con la falta de apoyo de la jerarquía), no es posible ninguna indemnización, ya sea sobre la base de la responsabilidad civil, o como parte de la indemnización por enfermedades profesionales.

1.2.2.5 Otros problemas planteados por la lista

Otro problema que plantea la lista es que no tiene en cuenta las sinergias de las exposiciones ocupacionales. Estas sinergias pueden producirse ya sea simultáneamente (lo que ocurre a menudo en el caso de los trabajadores expuestos a sustancias carcinógenas). También pueden producirse en diferentes momentos de una carrera profesional. En este último caso, el efecto de las sinergias de la exposición es particularmente importante para las patologías que se desarrollan en etapas. Por lo tanto la carcinogénesis implica varias etapas entre la mutación inicial del ADN de una célula y el desarrollo de un tumor en un órgano o la aparición de metástasis. Este proceso puede extenderse durante décadas en las que cada una de las diferentes exposiciones ocupacionales desempeña un papel en una determinada etapa. Una encuesta epidemiológica internacional entre más de 15.000 trabajadores de la construcción muestra un mayor riesgo de cáncer de pulmón en comparación con otras profesiones. Atribuyen este riesgo a la sinergia entre las diferentes exposiciones a agentes carcinógenos, en particular la sílice cristalina ^[30] y el amianto (Consonni, 2014). En Francia, la jurisprudencia ha permitido recientemente el reconocimiento, en el sistema abierto, de un cáncer causado por una sinergia de exposiciones ocupacionales a múltiples agentes carcinógenos ^[31].

Una encuesta europea estudió la relación número de enfermedades reconocidas por 100.000 trabajadores asegurados en 1990 (Eurogip, 2009). Compara diez países de la Unión Europea. Bélgica se situaba en segundo lugar en 1990, cuarto en 2000 y sexto en 2006. En comparación con Francia, Bélgica reconocía cuatro veces más enfermedades en proporción con la población incluida en 1990, pero reconoce cinco veces menos en 2006. Aun cuando se examinan los datos en un marco estrictamente nacional, la evolución es notoria al haber 184 enfermedades reconocidas por 100.000 trabajadores en 1990 y 54 en 2006, pese a la apertura del sistema a las enfermedades no incluidas en la lista y un aumento del número de patologías incluidas en dicha lista. Por lo tanto, existe una pérdida de eficacia procedente principalmente del carácter inadaptado de la lista y del papel marginal del sistema abierto.

1.2.3 Una jurisprudencia incierta: el excesivo peso del peritaje

La jurisprudencia concierne los conflictos individuales, que no son muy numerosos. Unos cientos de casos por año en relación con varios miles de decisiones negativas de parte del FMP y decenas de miles de enfermedades causadas por el trabajo ^[32] que no han sido objeto de ninguna declaración ni de ninguna solicitud de indemnización. La jurisprudencia también se utiliza para interpretar las normas jurídicas. Las prácticas administrativas del FMP incluyen solo raramente las aportaciones de la jurisprudencia. Por lo tanto, es preciso recomenzar eternamente la bata-

lla alrededor de casos individuales. No existe ningún organismo específico encargado de definir las orientaciones del FMP en lo que se refiere a procedimientos judiciales. Aun cuando no faltan los documentos que definen los criterios médicos de reconocimiento y están a disposición del público, brilla por su ausencia un análisis de la jurisprudencia.

A reserva de un análisis más sistemático, puede observarse que la jurisprudencia se divide en dos tendencias principales:

- a) decisiones que se esfuerzan por mantener el principio de presunción de probabilidad; que consideran que la prueba de una enfermedad profesional puede resultar de un conjunto de índices objetivos que establecen la existencia de una patología y las condiciones de trabajo que pueden razonablemente considerarse la causa de ésta;
- b) decisiones claramente inspiradas en el contenido de los peritajes y que no parecen preocuparse de las diferencias importantes que existen entre la legislación y las diferentes disciplinas invocadas.

Para entender el conflicto entre estos dos tipos de decisiones, cabe remitirnos a dos sentencias del tribunal laboral de Lieja adoptadas por diferentes salas en 2011. El mérito de estas sentencias consiste en que proporcionan una descripción muy detallada de los informes de los expertos. La primera sentencia data del 11 de marzo de 2011 ^[33]. Se trata de un trabajador que solicita una indemnización sobre la base de la lista. Trabajó desde la edad de 21 años como conductor de autobús. Alrededor de los 51 años fue diagnosticado con lesiones degenerativas lumbares. Estas lesiones corresponden a los criterios médicos del código 1605.12 relativo a las lesiones causadas por las vibraciones mecánicas transmitidas al cuerpo por el asiento. Queda por resolver el problema de la condición de precocidad formulada por el código. En julio de 2004, el FMP rechazó su solicitud, indicando que las lesiones no responden al criterio de precocidad. El asunto se presentó al tribunal laboral, el cual ordena un peritaje cuyo contenido es refutado. El 27 de abril de 2010, el tribunal laboral ordena un nuevo peritaje. El FMP interpone recurso. La sentencia del tribunal laboral interviene 8 años después de la demanda de indemnización. Esta sentencia rechaza la demanda de indemnización y acepta los argumentos del FMP. El elemento central del razonamiento es que el peritaje desfavorable al trabajador permitiría establecer que éste no se ha visto afectado por la enfermedad incluida en el código. Sin entrar en todos los detalles, un elemento crucial del informe pericial es el siguiente: “El paciente presenta una anomalía estructural de la articulación lumbosacra. Pesa 85 kilos por 169 centímetros de altura y presenta características físicas y biomecánicas destinadas a padecer patologías lumbares, independientemente de toda exposición a un riesgo profesional”. Sobre esta base, el experto escribe que “no puede establecerse la relación causal con la exposición al riesgo profesional”. El len-

guaje médico formula una duda legítima sobre el origen de la enfermedad. Contradice el criterio jurídico de la presunción. Esta contradicción aparece de lleno en una de las formulaciones del experto: “no podemos afirmar que N. presenta una degeneración que solamente habría presentado anteriormente de no haber estado expuesto”. Esta frase es una doble negación. El experto no dice que la enfermedad se hubiera producido necesariamente a esta edad, independientemente de las condiciones de trabajo. Indica que no puede afirmar lo contrario. De la inevitable duda del lenguaje médico se concluye jurídicamente que la enfermedad no es precoz. El tribunal califica los hechos de la siguiente manera: “Visto que el demandado no padece la enfermedad contemplada, es completamente irrelevante examinar la exposición al riesgo, tanto en términos de duración como frecuencia e intensidad de la misma”. Desde nuestro punto de vista, la peritación prevaleció sobre los criterios jurídicos, lo que demuestra la inconsistencia del texto normativo que formula la noción de enfermedad “precoz”. Si desea mantenerse un mínimo de lógica en relación con la construcción general del riesgo profesional, es difícil imaginar que en materia de accidentes de trabajo, un experto escribiera que no puede afirmar que una determinada lesión no habría aparecido sin el accidente. Se limitará a plantear la causalidad plausible entre el accidente y la lesión.

En la segunda sentencia del 2 de diciembre de 2011, un trabajador solicita una indemnización en el marco del sistema abierto. Padece una patología de las rodillas. Antes de describir con precisión la enfermedad, el experto procede a un examen detallado de las condiciones de trabajo sobre un período de trece años entre el inicio de la actividad y la introducción de la demanda de indemnización en junio de 2003. Esta actividad consistió principalmente en descargar camiones y subir regularmente escaleras llevando cargas metálicas de 18 a 20 kilos. Esta actividad de subir y bajar las escaleras con carga representa tres cuartas partes de su tiempo de trabajo de ocho horas diarias. El trabajador también estuvo expuesto a vibraciones mecánicas. El FMP hace hincapié en factores extrínsecos al trabajo propios en parte al estado de salud general y a factores personales (práctica del fútbol, en particular con un accidente, obesidad). La segunda sentencia desarrolla una argumentación jurídica mucho más detallada que la examinada por la primera sentencia. Rechaza el criterio de causalidad preponderante invocado por el FMP y desarrolla un razonamiento basado principalmente en el artículo 30 bis de las leyes coordinadas. La sentencia confirma el fallo del tribunal laboral, que reconoce la existencia de la enfermedad profesional.

Uno de los inconvenientes del excesivo lugar que ocupan los peritajes en relación con el razonamiento jurídico es la dilación de los procedimientos. En los dos casos examinados anteriormente, fueron necesarios ocho años para tomar una decisión. Cualquiera que sea el resultado, favorable o desfavorable, para el trabajador, la perspectiva de iniciar un proceso de tal duración surte un efecto disuasivo. Los médicos del trabajo a los que

entrevisté comentan que aconsejan no introducir una demanda de indemnización a menos que la tasa de incapacidad sea muy elevada y que exista un riesgo significativo para el trabajador de encontrarse en paro. Desde este punto de vista, existe una desigualdad entre las partes. El FMP es una institución para la que el tiempo no es un factor crítico. Las personas enfermas cuentan por su parte solamente con la duración de una vida y, a menudo, desean pasar página aunque para ello deban renunciar a sus derechos. Dicha desigualdad tiene efectos sinérgicos con las desigualdades de género en la sociedad. Un largo proceso judicial con éxito dudoso requiere un apoyo social del cual las mujeres disponen menos.

1.2.4 Legitimidad y transparencia

La relación salarial pone en peligro la salud de los trabajadores. La subordinación reduce las posibilidades de defenderse contra este peligro como podría hacerse en la vida cotidiana fuera del trabajo. Por consiguiente, el objetivo económico de la empresa (la búsqueda de beneficios) tiende a transformar la salud humana en un bien negociable, en el objeto de un contrato donde la integridad física se compra a cambio de un salario. La compleja etiología de las enfermedades es tal que una mera presunción de causalidad comparable a la que conllevan los accidentes de trabajo sería insuficiente para alcanzar los objetivos de una indemnización establecida a tanto alzado. Estos objetivos son dobles: implican una parte de reparación, pero también permiten, en determinadas condiciones (relacionadas con la incapacidad) retirarse del mercado de trabajo al tiempo que se aseguran los medios de vida. Si la presunción *iuris et de iure* es una ventaja innegable para el trabajador, cumple una función necesaria para equilibrar las múltiples desventajas que conlleva el sistema de indemnización: una compensación a tanto alzado que no corresponde a la totalidad del perjuicio real, una indemnización que cubre solamente un número muy limitado de daños a la salud.

Por tanto, existe una estructura general de la legislación de las enfermedades profesionales en base a estas interacciones. Naturalmente, puede desearse que el equilibrio de los derechos y obligaciones se desplace a favor de una u otra de las partes, pero en ese caso es necesario recuperar un todo coherente.

En última instancia, el examen de la legislación sobre las enfermedades profesionales permite abordar la cuestión de la legitimidad del derecho positivo. Tradicionalmente, las respuestas de la filosofía del derecho se sitúan entre dos extremos. En uno, se encuentra una visión positivista que reduce la legitimidad de la norma al respeto de las condiciones jurídicas de su producción. En el otro extremo, está una concepción instrumental que evalúa la ley en términos de su utilidad para cumplir otros objetivos de la sociedad en general o de determinados grupos sociales. Estos objetivos darían pie a una búsqueda de legiti-

dad que concede prioridad a factores extra jurídicos: la economía, el orden público, la acumulación de riqueza por una parte u otra, su distribución entre todos. A la luz de la experiencia histórica del siglo XX, Chaïm Perelman tuvo que llegar a la conclusión de que un criterio jurídico esencial es el imperativo de verosimilitud. Una norma jurídica no formula una descripción de la realidad. La norma jurídica establece objetivos, los cuales pueden cumplirlos de manera imperfecta. No obstante, no deja de estar sujeto a un criterio de legitimidad que establece una coherencia entre el contenido de la norma, la aprehensión de la realidad que ésta regula y la dinámica que implica en función de los objetivos perseguidos.

Este imperativo de coherencia se sitúa a varios niveles: en la norma propiamente dicha (entre sus diversas disposiciones), en su aplicación (entre los objetivos del legislador y el marco que define la norma para los procedimientos administrativos o judiciales) y en su lugar dentro de todo el sistema jurídico en relación con otras normas.

En lo que respecta a estos tres criterios, la regulación jurídica de la indemnización de las enfermedades profesionales es cada vez más cuestionable.

La coherencia interna es endeble. El principio de presunción no concuerda bien con los criterios adoptados para la definición del riesgo laboral en el artículo 32 de la ley. La inmunidad civil es igualmente fundamental: se formula como una excepción, pero las condiciones que la rigen la convierten en la norma única. La coherencia en la aplicación no resulta menos problemática: es en gran medida un derecho sin derecho, una especie de juego de espejos infinito entre el derecho y la medicina, donde ambas disciplinas salen perdiendo. Si se examina el lugar que ocupa este ámbito de la ley en relación con las esferas contiguas, se justifican las más grandes dudas: una distancia cada vez más grande en relación con la regulación de la prevención en los lugares de trabajo, una contradicción innegable con el principio de igualdad entre hombres y mujeres.

Cabe interrogarse sobre la conformidad en relación con el derecho comunitario en materia de discriminación. Si la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea admite que aquello que denomina objetivos legítimos de política social puedan conllevar desigualdades, no deja de formular, cada vez con mayor firmeza, exigencias de transparencia, coherencia y proporcionalidad ^[34]. Cuando una determinada sección de su regulación produce desigualdades, corresponde al Estado interesado aportar la prueba de que las normas obedecen a estas exigencias. El análisis del derecho belga relativo a la indemnización de las enfermedades profesionales indica que estos criterios no se cumplen.

CONCLUSIONES

Si la parte de las mujeres se limitase al 10% de la nómina, las pensiones o las prestaciones por desempleo, todas las partes interesadas considerarían que es preciso analizar la situación con toda urgencia y sobretodo actuar. Sería una cuestión ineludible para el ámbito político, la negociación colectiva y la investigación universitaria.

Desde que existen estadísticas por sexo sobre la indemnización de las enfermedades profesionales, las cifras son de dominio público. Los informes anuales del FMP reflejan el alcance de la desigualdad entre hombres y mujeres, pero se abstienen de analizar las razones. En trece años ^[35], la magnitud del alcance no se ha modificado significativamente. Esta desigualdad no se limita a la herencia del pasado, por lo que solamente puede reproducirse sobre la base de la legislación vigente. La desigualdad que concierne las nuevas decisiones adoptadas cada año muestra que, sin una reforma, la desigualdad resultante de 50 años de aplicación de la Ley de 1963 seguirá vigente.

El Consejo para la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres aprobó un dictamen en junio de 2001 relativo a las repercusiones de las condiciones de trabajo en la salud y el género. Abordaba la desigualdad en materia de reconocimiento de las enfermedades profesionales ^[36]. Un segundo dictamen aprobado el 16 de abril de 2013 ^[37] señala: “El Consejo expresa su preocupación por tener que constatar que casi todas las recomendaciones emitidas, hace más de diez años, en su Dictamen núm. 45 siguen siendo pertinentes”. Esta crítica no obtuvo ninguna respuesta, ni del FMP, ni del Ministerio de Asuntos Sociales. Por su parte, la Cámara de Representantes recibió una propuesta de resolución sobre este tema el 21 de marzo de 2012 ^[38], pero no ha encontrado el tiempo para incluirla en su orden del día.

El presente artículo apoya la hipótesis de una discriminación sistemática contra las mujeres en lo que se refiere al reconocimiento de las enfermedades profesionales. No se trata de una situación específica a Bélgica. En Bélgica, se ve agravada por dos factores: la pérdida global de eficacia del sistema (tanto para los hombres como para las mujeres); y la ausencia de políticas específicas de igualdad en la actuación de los numerosos agentes que intervienen en el reconocimiento de las enfermedades profesionales.

La comparación con Francia es elocuente. Sin pretender que la hierba siempre es más verde en el jardín de al lado, puede constatar que en el curso de quince años, Francia ha recuperado un retraso importante en estos dos ámbitos. El sistema de indemnización opera para un número creciente de trabajadores y de acuerdo a perfiles de riesgo que reflejan mejor los conocimientos actuales en materia de salud en el trabajo ^[39]. La desigualdad entre hombres y mujeres se ha reducido. Actualmente, en Francia, las mujeres constituyen aproximadamente la mitad de los nuevos casos de enfermedades profesionales. El proceso de cambio en Francia reside en una voluntad muy firme de los sindicatos de

participar en la discusión científica y en que disponen de sus propios expertos en un contexto en donde el escándalo del amianto impide todo retorno a la normalidad anterior de una paz social a expensas de la salud en el trabajo (Deplaude, 2003). Esta experiencia indica que existe una relación entre igualdad de género y un mejoramiento general de la eficacia de los dispositivos que cubren la población en general. La dominación masculina no es una excepción a la dialéctica del amo y el esclavo.

En lo relativo a las enfermedades profesionales, la discriminación es indirecta. Es el resultado de factores que no se formulan sobre la base del género. Es una discriminación sistémica ya que ninguno de los factores analizados en el presente artículo permite, por sí solo, explicar la magnitud de las desigualdades. Lo que resulta determinante es la combinación de su dinámica.

Entre los factores jurídicos, cabe mencionar: una legislación poco coherente, la insuficiente calidad de la redacción legislativa y textos normativos cuya redacción ha sido delegada a la institución responsable de su puesta en práctica; el fracaso del sistema abierto a compensar el hecho de que la lista corresponda en mayor medida a los empleos masculinos en las industrias tradicionales que a la realidad del trabajo contemporáneo. El proceso de reconocimiento discrimina a las personas que han tenido una trayectoria profesional irregular o inestable (precariadad del empleo, trabajo a tiempo parcial). Los empleos “periféricos”, tales como la limpieza, el envasado, el embalaje y acondicionamiento, el mantenimiento y el almacenamiento se abordan de forma inadecuada. La trazabilidad de la exposición es muy desigual después de la actividad profesional. Las referencias legislativas al estado de salud de la población en general (art. 62), así como la definición del riesgo profesional que conlleva contribuyen a la inseguridad jurídica. La ley tiende a someter el trabajo de los jueces a un requerimiento contradictorio: razonar sobre la base de una presunción irrefutable de causalidad entre las exposiciones y las enfermedades, por una parte, y confirmar la existencia de una relación causal preponderante, por otra, antes de poder calificar la exposición de un determinado grupo como riesgo profesional. El trabajo de calificación de los jueces se debate entre la lógica social y colectiva de la ley y un análisis individualizado. Esta situación a menudo conduce a delegar la misión de administrar justicia a peritajes que confunden la causalidad jurídica con las múltiples variantes de la causalidad médica. La crítica más importante que puede formularse en relación con la legislación de la indemnización por enfermedades profesionales es que induce a asumir la inexistencia de todo fundamento jurídico. Esta situación es a la vez causa y efecto de una gran confusión entre el lenguaje de la ley y el de las diferentes disciplinas sanitarias. Una transposición mecánica de la duda legítima de la ciencia conduce a la arbitrariedad de la ley.

El derecho belga de responsabilidad civil ha definido criterios de causalidad legales que consisten en la teoría de la equivalencia de las condiciones. Significa que es preciso analizar toda la ca-

dena de acontecimientos que contribuyeron a la aparición de un daño. Una vez que aparezca un hecho generador de la responsabilidad como una de las causas del daño, ya no importa comprobar si otras causas contribuyeron a dicho daño, ni en qué medida pudieron haberlo hecho. Tanto las prácticas administrativas del FMP como una parte importante de la jurisprudencia sobre las enfermedades profesionales se alejan considerablemente de esta interpretación jurídica de la causalidad. Es innegable que existe una paradoja. En términos de riesgos laborales, la razón de ser de una legislación específica es facilitar el acceso a la indemnización en relación con las disposiciones de la aplicación del derecho común de la responsabilidad civil, lo que justifica primordialmente el establecimiento de presunciones irrefutables para las enfermedades que figuran en la lista. En la práctica, la simple aplicación de la teoría de la equivalencia de las condiciones daría lugar a indemnizaciones más frecuentes.

Los factores no jurídicos no son menos importantes. Se integran en un contexto global de invisibilidad social, política e institucional de los riesgos laborales entre las mujeres. Cabe enumerar algunos: una investigación médica poco sensible a la dimensión de género de la salud en el trabajo; la escasa participación de los sindicatos en las controversias científicas; las deficiencias observadas en la actividad de los servicios de prevención, etc. El peso de la carga de la prueba en los procedimientos administrativos tanto como en el litigio judicial se ve amplificado por la ansiedad psicológica, el aislamiento social y la debilidad física de las personas enfermas. La tramitación de las solicitudes a menudo es una carrera de obstáculos, vista con malos ojos por los médicos que la consideran una sobrecarga administrativa. Para los pacientes, someterse a los peritajes con el único propósito de obtener una indemnización es una prueba agotadora, se equipara a una negación del drama de la enfermedad. Plantea la duda de haber sacrificado su salud para ganarse la vida. Estos factores psicológicos no son individuales, se ven reforzados por la condición social. Una trabajadora de la limpieza se encuentra en una situación menos favorable que un ingeniero nuclear, ya que no domina el lenguaje de los peritos.

Algunos de estos factores son anteriores al sistema de reconocimiento de las enfermedades profesionales, es decir: la segregación profesional; los estereotipos según los cuales el trabajo de la mujer es ligero; la insuficiencia de recursos asignados al control de la aplicación de las normas de prevención; la prioridad acordada a los accidentes en comparación con las enfermedades. La compartimentación entre los tres ámbitos de actuación que son la salud en el trabajo, la igualdad de género y la salud pública dificulta el que se tengan en cuenta de manera coherente las condiciones de trabajo entre los elementos que generan globalmente las desigualdades.

La multitud de factores examinados no debería justificar la inacción con el pretexto de que han de introducirse demasiadas reformas y que éstas afectarían a un gran número de interesados

diferentes. Una serie de mejoras limitadas puede contribuir a una dinámica positiva. Sería ilusorio esperar un plan de acción ideal y completo. Una revisión crítica de la lista de enfermedades profesionales, a la luz de un análisis de género, tener en cuenta los efectos de las exposiciones múltiples, así como mejorar el sistema abierto, son tres eslabones importantes aun cuando debiera considerarse una reforma más ambiciosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cavet, M. & Léonard, M. (2013). Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010, *DARES-Analyses*, n° 54, 1-9.
- Colombini D., Occhipinti E, Cerbai M., Battevi N. & Placci M., (2011). Aggiornamento di procedure e di criteri di applicazione della Checklist OCRA. *Medicina del Lavoro*, n° 102, 1-38.
- Consonni, D., De Matteis S, Pesatori AC, Bertazzi PA, Olsson AC, Kromhout H, Peters S, Vermeulen RC, Pesch B, Brüning T, Kendzia B, Behrens T, Stücker I, Guida F, Wichmann HE, Brüske I, Landi MT, Caporaso NE, Gustavsson P, Plato N, Tse LA, Yu IT, Jöckel KH, Ahrens W, Pohlmann H, Merletti F, Richiardi L, Simonato L, Forastiere F, Siemiatycki J, Parent MÉ, Tardón A, Boffetta P, Zaridze D, Chen Y, Field JK, 't Mannetje A, Pearce N, McLaughlin J, Demers P, Lissowska J, Szeszenia-Dabrowska N, Bencko V, Foretova L, Janout V, Rudnai P, Fabiánová E, Stanescu Dumitru R, Bueno-de-Mesquita HB, Schüz J, & Straif K. (2014). Lung cancer risk among bricklayers in a pooled analysis of case-control studies. *International Journal of Cancer*, 136 (2), 360-371.
- De Brucq, D. (1999). Maladie professionnelle hors liste, condition de causalité, arrêt de la Cour de cassation, 2 février 1998, FMP c/ V. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 3-1999, 573-588.
- Delooz, P. & Kreit, D. (2008). *Les maladies professionnelles*. Bruxelles: Larcier.
- Dembe, A.E. (1996). *Occupation and disease: how social factors affect the conception of work related disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Déplade, M.O. (2003). Codifier les maladies professionnelles: les usages conflictuels de l'expertise médicale. *Revue française de science politique*, vol. 53, 707-738.
- Eurogip (2009). *Les maladies professionnelles en Europe: statistiques 1990-2006 et actualité juridique*. Paris: Eurogip.
- EUROGIP (2013). *Quelle reconnaissance des pathologies psychiques liées au travail? Une étude sur 10 pays européens*. Paris: Eurogip.
- Jorland, G. (2005). L'hygiène professionnelle en France au XIXe siècle. *Le Mouvement Social*, n° 213, 71-90.
- Lippel, K. (2015). In, A. Thébaud-Mony, P. Davezies, S. Volkoff & L. Vogel. *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (pp. 522-525). Paris: La Découverte.
- Messing, K. (1998). *La santé des travailleuses: la science est-elle aveugle?* Montréal-Toulouse: Éditions du remuement-Octares.
- Messing, K. (2015). Ce genre qui cache les risques qu'on ne saurait voir. In, A. Thébaud-Mony, P. Davezies, S. Volkoff & L. Vogel. *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (pp. 106-115). Paris: La Découverte.
- Ouvrier-Bonnaz, R. (2006). L. Le Guillant, Le drame humain du travail. Essais de psychopathologie du travail. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 35(4), 597-600.
- Perelman, Ch. (1976). *Logique juridique. Nouvelle rhétorique*. Paris: Dalloz.
- Probst, I. (2009). La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, Vol 11(2) (Consultado el 12 de octubre de 2015 <http://www.pistes.uqam.ca>).
- Remouchamps, S. (2014). L'indemnisation des dommages générés par les incidents psychosociaux dans les régimes de réparation des risques professionnels. In, D. Dumont & P.P. Van Gehuchten. *Actualités en matière de bien-être au travail* (pp.173-286). Bruxelles: Larcier.
- Thébaud-Mony, A. (2008). Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis. *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 237-254.
- Ugeux, J. (1995). L'assurance contre les maladies professionnelles. In, *Cinquante ans de sécurité sociale...et après?*, vol. 5: *Quand le travail nuit à la santé* (pp. 11-42). Bruxelles: Bruylant.
- Vandenbrande, T. Vandekerckhove S., Vendramin P, Valenduc G, Huys R, Van Hootegeem G, Hansez I, Vanroelen, Puig-Barra-china V, Bosmans K & De Witte H. (2013). *Qualité du travail et de l'emploi en Belgique*. Bruxelles: SPF Emploi.
- Verger, P., Viau, A., Arnaud, S., Cabut S, Saliba ML, Iarmarcovai G, & Souville M. (2008). Barriers to physician reporting of workers' compensation cases in France, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 14 (3), 198-205.
- Vogel, L. (2011). *Femmes et maladies professionnelles. Le cas de la Belgique*, Bruxelles: ETUI.
- Vogel, L. (2014). Un espejo deformante: apuntes históricos sobre la construcción jurídica de las enfermedades profesionales en Bélgica. *Laboreal*, 10 (2), 10-26. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealx0214lv>
- Vogel, L. (2015). Femmes et maladies professionnelles: une invisibilité construite. In: A. Thébaud-Mony, P. Davezies, S. Volkoff & L. Vogel., *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (pp. 116-119). Paris: La Découverte.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Vogel, L. (2015). Desigualdad de género y enfermedades profesionales en Bélgica. *Laboreal*, 11 (2), 10-27.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealx0215lv>

NOTAS

- [1] No voy a repetir aquí el análisis estadístico más completo que figura en mi informe de 2011 (L. Vogel, op. cit., 2011). El texto completo puede consultarse libremente en el sitio: <http://www.etui.org/fr/Publications2/Rapports/Femmes-et-maladies-professionnelles.-Le-cas-de-la-Belgique>.
- [2] Durante la redacción inicial de este artículo, solo se disponía de datos hasta 2012. Su revisión me permitió integrar datos relativos a los años 2013 y 2014. Me pareció interesante comprobar en el plano estadístico cuáles habían sido los primeros efectos de la inclusión de una tendinitis en la lista del conjunto de todos los grupos profesionales. Volveré a estos resultados en las conclusiones.
- [3] En Bélgica, la función pública no está cubierta por el Fondo de Enfermedades Profesionales, salvo en lo que respecta a las administraciones municipales y provinciales.
- [4] Verger et al. (2008) analiza los factores que contribuyen a la subdeclaración de enfermedades profesionales por la medicina del trabajo en Francia.
- [5] Sobre la creación de sistema abierto en 1990, véase Vogel, 2014. El sistema abierto debería hacer posible el reconocimiento de cualquier enfermedad que no esté incluido en la lista, o para aquellas exposiciones ocupacionales que no se ajustan a las condiciones establecidas por la lista. La víctima está obligada a aportar tres elementos de prueba: la existencia de una patología, las condiciones de trabajo y la relación causal preponderante entre las condiciones de trabajo y la patología. Esta triple carga de la prueba hace que sea prácticamente imposible reconocer las enfermedades cuya etiología es compleja.
- [6] Las estadísticas del FMP no dan indicaciones precisas sobre las diferentes patologías declaradas en el marco del sistema abierto. Su número es relativamente estable, por lo general oscila entre 200 y 300 desde 2002, con un pico inusual de 392 en 2011.
- [7] En Bélgica, las mutuas median entre las personas afiliadas a la seguridad social y el organismo de ésta que reembolsa la atención sanitaria y desembolsan las prestaciones en caso de incapacidad. Cada persona está afiliada a una mutua de acuerdo con su elección personal. Históricamente, las principales mutuas están vinculadas a los fondos de ayuda mutua creados por el movimiento obrero en el siglo XIX.
- [8] Puede compararse con los porcentajes de 1984. En esa época, las mutuas fueron las que se ocuparon de más de la mitad de las solicitudes, mientras que los médicos del trabajo desempeñaron un papel totalmente marginal con menos del 1% de las solicitudes introducidas.
- [9] Para los “datos en términos de stock”, la actualización que toma en cuenta las estadísticas de 2013 no presenta ningún interés particular. Será preciso esperar varios años antes de que puedan sacarse conclusiones pertinentes relativas al reconocimiento de la tendinitis.
- [10] Para datos más completos sobre las condiciones de trabajo y su impacto en la salud de los trabajadores véase: Vandenberghe et al., 2013.
- [11] Para los análisis sociológicos véase: Thébaud-Mony, 2008 y Probst, 2009.
- [12] El examen de los informes estadísticos anuales del FMP muestra que esta fuente de financiación es inexistente... y con razón.
- [13] En su versión actualmente en vigor, el artículo 51 de las leyes coordinadas asimila a la culpa intencional una situación en la que un inspector de trabajo haya procedido a una advertencia por escrito relativa al peligro que provocará la enfermedad y que el empleador haya seguido exponiendo a los trabajadores a dicho riesgo.
- [14] La sentencia de 24 de enero de 1995, el Tribunal de Casación (Pas., 1995, I, pp. 67 y sig.) aplica esta norma. La sentencia se refería a un trabajador de Amoco Fina expuesto al benceno. Este trabajador solicitó una indemnización por daño psicológico y moral y se consideró que la lesión actual no era el resultado de una enfermedad profesional, sino de otros factores, tales como los efectos secundarios de los análisis, la probabilidad de la enfermedad y la reducción de la esperanza de vida.
- [15] Véase, en particular, la sentencia del Consejo de Estado de 1 de julio de 2009 que juzgó ilegal el Decreto n° 2007-1754 de 13 de diciembre de 2007 (asunto n° 313243). Este texto sometía el reconocimiento de los cánceres pulmonares causados por el cadmio a un tiempo de latencia mínimo de 20 años entre el período de exposición y la aparición del cáncer. El recurso de anulación fue presentado por los principales sindicatos franceses.
- [16] Ley de 21 de diciembre de 1994 y Ley de 13 de julio de 2006. Nuestra crítica de la revisión de 2006 figura en el apartado 1.2.3.4
- [17] Este punto no se desarrollará dentro del marco de este artículo. Puede encontrarse una exposición sistemática en Mes-sing, 1998.
- [18] Véase un resumen de este enfoque en Delooz y Kreit (2008). El texto completo de los criterios aplicados por el FMP está incluido en el dictamen del Consejo Técnico del FMP de noviembre de 1997 sobre el sistema abierto, la exigencia de causalidad y la noción de enfermedad: *Le système ouvert. L'exigence de causalité. La notion de «maladie»*.
- [19] El trabajo nocturno está clasificado como probable factor carcinógeno por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. En Dinamarca, el reconocimiento del cáncer de mama es posible para las ocupaciones femeninas expuestas durante un largo período al trabajo nocturno.

- [20] El cambio en la definición del Código se llevó a cabo por el Real Decreto de 27 de diciembre de 2004. La misma crítica se refiere al código de 1.605.03 que plantea la condición de precocidad para el reconocimiento precoz de la espondilosis.
- [21] Sería útil presentar una cuestión prejudicial al Tribunal de Justicia de la Unión Europea sobre la compatibilidad entre esta condición de precocidad, que inevitablemente se relaciona con la edad, y las disposiciones de la Directiva 2000/7.
- [22] Según el dictamen pericial colectivo de la Agencia nacional de seguridad de los alimentos, medio ambiente, trabajo (ANSES, organismo público francés) publicado en septiembre de 2013: “Se observó una asociación positiva entre la exposición ocupacional a ligantes bituminosos y sus emisiones y la aparición de cánceres de pulmón y del tracto digestivo superior (cavidad oral, faringe, esófago y laringe) entre los trabajadores durante la instalaciones de productos de sellado o pavimentación”. La recomendación europea 2003/670 de septiembre de 2003 menciona en la lista II: “enfermedades broncopulmonares y Cánceres broncopulmonares secundarios a la exposición de productos bituminosos.” Los Estados miembros deben tomar medidas para introducir en su legislación nacional un derecho de indemnización para estas enfermedades.
- [23] Según el dictamen pericial colectivo de la Agencia nacional de seguridad de los alimentos, medio ambiente, trabajo (ANSES, organismo público francés) publicado en septiembre de 2013: “Se observó una asociación positiva entre la exposición ocupacional a ligantes bituminosos y sus emisiones y la aparición de cánceres de pulmón y del tracto digestivo superior (cavidad oral, faringe, esófago y laringe) entre los trabajadores durante la instalaciones de productos de sellado o pavimentación”. La recomendación europea 2003/670 de septiembre de 2003 menciona en la lista II: “enfermedades broncopulmonares y Cánceres broncopulmonares secundarios a la exposición de productos bituminosos.” Los Estados miembros deben tomar medidas para introducir en su legislación nacional un derecho de indemnización para estas enfermedades.
- [24] No se dispone de cifras para Bélgica. El ministerio de Trabajo recibe informes de los servicios preventivos de vigilancia sanitaria, pero no publica estadísticas sobre este tema. La encuesta francesa SUMER de 2010, que es una buena fuente de información, señala que el 16,1% de los hombres y el 2,8% de las mujeres estuvieron expuestos profesionalmente a productos químicos carcinógenos (Cavet, Léonard, 2013). Cabe suponer que la estructura del empleo y las condiciones de trabajo en Bélgica no difieren significativamente de los de Francia en relación con este tema.
- [25] Se trata de la obra del Dr. James Huddleson resumida por Dembe (1998), pp. 50-52.
- [26] Desde la década de los años 1980, esta asociación se ha destacado en numerosas investigaciones.
- [27] Doc. Parl., Cámara, 2001-02, n° 50 1583/002.
- [28] Para un análisis de conjunto, véase Remouchamps (2014).
- [29] Trib. Trav. Tongres, 28 de junio de 2007, *Chronique de Droit Social*, p. 743, nota Brasseur. Este juicio concedió una indemnización de 10.000 euros. Se utilizaron varios elementos para calcular los daños, incluyendo el estrés y la depresión severa que dio lugar a un período de incapacidad laboral.
- [30] La lista belga no menciona los cánceres causados por la inhalación de sílice cristalina.
- [31] El Tribunal de casos de seguridad social, Lyon, 9 de abril 2014, decisión 2308/2014.
- [32] El número exacto de estas enfermedades causadas por el trabajo es obviamente incierto. Lo que importa es el alcance de la magnitud. Pueden utilizarse tres fuentes principales: encuestas sobre condiciones de trabajo en 2010 que indicaban que el 21,3% de los trabajadores en Bélgica consideró que sus condiciones de trabajo afectaban negativamente a su salud; estudios epidemiológicos que atribuyen una relación causal entre una fracción específica de las enfermedades y las condiciones de trabajo y la comparación con los datos de los países vecinos. Cualquiera que sea la metodología elegida, se obtiene una enorme discrepancia entre enfermedades declaradas, o que son objeto de una demanda de indemnización y las enfermedades reconocidas por fuentes independientes del sistema de compensación.
- [33] Se han publicado largos extractos de estas dos sentencias con un detallado comentario: S. Gilson, *Preuve des maladies professionnelles dans la liste et hors liste*, *Recueil de jurisprudence du Forum de l'assurance*, 2011, pp. 428-450.
- [34] Estas exigencias se formulan con precisión en un caso relativo a las discriminaciones por motivos de edad en la legislación húngara sobre la jubilación de los jueces (TJCE, Comisión v/ Hungría, 26 de noviembre de 2012, C-286/12).
- [35] Los informes estadísticos anuales del FMP contienen datos desglosados por género desde 2002.
- [36] Dictamen n° 45 de 26 de junio de 2001 del Consejo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres sobre el impacto de las condiciones de trabajo en relación con “el género y la salud”.
- [37] Dictamen n° 134 de 16 de abril de 2013 de la Oficina del Consejo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en materia de igualdad de trato entre hombres y mujeres en las enfermedades profesionales.
- [38] Doc. Parl., Cámara, 2011-12, n°53 -2118/001.
- [39] Subsisten dificultades considerables para los cánceres causados por factores distintos al amianto y los problemas de salud relacionados con los riesgos psicosociales.

ARQUEOLOGÍA DEL CONOCIMIENTO**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT):
DO ASSISTENCIALISMO À PROMOÇÃO EFETIVA.**

MÁRIO CÉSAR FERREIRA

Universidade de Brasília (UnB),
Instituto de Psicologia, Departamento
de Psicologia Social e do Trabalho,
Núcleo de Ergonomia da Atividade,
Cognição e Saúde (ECoS).
Campus Darcy Ribeiro, ICC Sul, Asa
Norte
Brasília DF CEP 70.910-900, Brasil
mcesar@unb.br

PALAVRAS-CHAVE

Qualidade de vida no trabalho,
Assistencialismo,
Promoção,
Atividade.

RESUMO

No limiar do século XXI, a questão da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) vem se tornando no mundo corporativo um tema cada vez mais presente nas agendas de dirigentes e gestores. Tal interesse se inscreve num cenário que combina, concomitantemente, a reestruturação produtiva, o agravamento de indicadores negativos em saúde e segurança no trabalho e os riscos para o alcance de objetivos e metas corporativas. É neste contexto que as organizações têm investido cada vez mais em QVT. O objetivo do texto é fornecer uma visão panorâmica das práticas hegemônicas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em organizações brasileiras, buscando evidenciar a sua natureza assistencialista e, sobretudo, seus limites para uma real melhoria dos indicadores de saúde e segurança. A superação do viés assistencialista requer resituar o protagonismo dos trabalhadores e suas atividades para uma efetiva promoção da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

PALABRAS-CLAVE

Calidad de vida laboral,
Bienestar,
Promoción,
Actividad.

RESUMEN**CALIDAD DE VIDA LABORAL (CVL): DE LA “ASISTENCIA”
A LA PROMOCIÓN EFECTIVA.**

En el umbral del siglo XXI, la cuestión de la Calidad de Vida Laboral (CVL) se ha convertido en un tema en el mundo de las organizaciones cada vez más presente en las agendas de los directivos y gerentes. Tal interés es parte de un escenario que combina al mismo tiempo la reestructuración productiva, el agravamiento de los indicadores negativos en la salud y seguridad en el trabajo y los riesgos para el logro de objetivos y metas corporativas. En este contexto, las organizaciones han invertido cada vez más en la CVL. El artículo tiene como objetivo proporcionar una visión

Manuscrito recebido em:
janeiro/2015
Aceite após peritagem:
junho/2015

general de las prácticas hegemónicas de la CVL en organizaciones brasileñas con el fin de mostrar su natural “asistencia” y en especial sus límites para una verdadera mejora de los indicadores de salud y seguridad. Superar el rasgo de “asistencia” requiere resituar el protagonismo de los trabajadores y de sus actividades para la promoción efectiva de la calidad de vida laboral.

MOTS CLÉS

Qualité de vie au travail,
Bien-être,
Promotion,
Activité.

RÉSUMÉ

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (QVT): DE L’”ASSISTANAT” À LA PROMOTION EFFICACE.

Au seuil du XXI siècle, la question de la Qualité de Vie au Travail (QVT) est devenue un thème dans le monde des entreprises de plus en plus présent dans les agendas des dirigeants et des gestionnaires. Tel intérêt fait partie d'un scénario qui combine à la fois, la restructuration productive, l'aggravation des indicateurs négatifs en matière de santé et de sécurité au travail et les risques pour atteindre les objectifs des entreprises. Dans ce contexte, les organisations ont de plus en plus investi dans la QVT. Cet article vise à apporter un aperçu général des pratiques hégémoniques de la QVT dans les organisations brésiliennes, afin de mettre en évidence leur nature “d’assistanat” et, surtout, ses limites pour une réelle amélioration des indicateurs de santé et de sécurité. Pour surmonter le biais de l’”assistanat” il faut resituer le rôle des travailleurs et de leurs activités, en tant que protagonistes, pour la promotion efficace de la qualité de vie au travail.

KEYWORDS

Quality of work life,
“Welfarism”,
Promotion,
Activity.

ABSTRACT

QUALITY OF WORK LIFE (QWL): FROM “WELFARISM” TO EFFECTIVE PROMOTION.

On the threshold of the 21st century, the issue of Quality of Work Life (QWL) is becoming more and more important on the agendas of leaders and managers from the corporate world. This interest arises in the midst of a scenario that combines, concomitantly, the restructuring of productivity, the worsening of negative indicators for health and safety at work and also the risks associated with reaching corporate goals and objectives. It is in this context that organizations are increasingly investing in QWL. The aim of this text is to provide a 360 degree analysis of the hegemonic QWL practices found in Brazilian organizations, with the intention of providing evidence of their “welfaristic” nature, and, moreover, of their limitations for a genuine improvement in health and safety indicators. Overcoming a “welfaristic” bias requires returning workers and their activities to the role of protagonists for the effective promotion of Quality of Work Life.

INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem se tornado objeto de interesse social crescente. Numa consulta rápida e recente no poderoso motor de busca Google, usando a palavra-chave QVT nas línguas inglesa, francesa, italiana, espanhola e portuguesa encontramos mais de meio bilhão de links que remetem aos conteúdos desta temática e suas diferentes interfaces. No mundo do trabalho, o interesse aparece inequivocamente associado com o cenário de mundialização da economia e, sobretudo, com os efeitos negativos que processo de reestruturação produtiva vem produzindo no modo de funcionamento das organizações e nas vidas de seus principais protagonistas: os trabalhadores. A chamada “nova economia” – permanece em aberto o debate sobre o que ela tem de verdadeiramente novo – vem implantando novos modelos de gestão organizacional e do trabalho com o uso do suporte estratégico das Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTICs). Tais inovações vem alterando o perfil das competências esperadas dos trabalhadores, as formas de se trabalhar, os dos locais de trabalho e as relações sociais. Estas metamorfoses se operam com base em um explícito discurso ideológico de se alavancar o crescimento, a rentabilidade, os ganhos, a produtividade. É um padrão de competitividade singular, orientado pelo frenesi da sobrevivência econômica. Compreender a importância e o papel destas mudanças para a Qualidade de Vida no Trabalho requer situar sua origem histórica e seus traços característicos principais.

As mudanças em curso que se operam nos contextos das organizações contemporâneas, resultantes do um processo de reestruturação da economia mundial, tem como período histórico de referência a década 1965-1975. Um conjunto de fatores (ex. aumento brutal do preço do petróleo; aumento das taxas de juros entre outros), agindo de modo associado, instalam uma crise no modelo de acumulação capitalista reduzindo drasticamente as taxas de mais-valia (Hobsbawm, 1996). Assim, a reestruturação produtiva (Albuquerque, 2011; Baumgarten & Holzmann, 2011) foi se configurando com base em uma sinergia de agentes econômicos e governamentais visando harmonizar e compatibilizar as mudanças dos modelos de gestão e relações de trabalho com a introdução e uso intensivo da microeletrônica, a reformulação do aparato jurídico dos Estados nacionais e, principalmente, com medidas voltadas para liquidar com as barreiras comerciais (Mattoso, 1995). Esse processo de transformação ganha corpo e ritmo acelerado a partir das décadas de 1980-1990 (Castel, 2003; Leite, 2003; Leite, 1994; Mattoso, & Baltar, 1996).

Alguns traços que marcam as metamorfoses do mundo corporativo são importantes para se compreender o cenário histórico no qual emerge o interesse pela Qualidade de Vida no Trabalho e, especialmente, de que forma ela tem ocupado as agendas de dirigentes, gestores, trabalhadores e também de pesquisadores de

diversos campos que integram as chamadas ciências do trabalho e da saúde. Assim, cabe destacar:

- Mudanças de normas jurídicas que regulam as relações de trabalho e o próprio processo produtivo em dois níveis complementares: (a) no âmbito dos estados nacionais e das relações econômicas internacionais, introduzindo um conjunto de medidas focadas em mais liberdade para as relações de compra e venda de mercadorias, geração de tecnologias e intensificação do processo de comunicação.
- Mudanças no perfil das próprias organizações, introduzindo inovações que alteram normas, papéis e atribuições aos seus membros. Neste caso, a prescrição para o trabalho assume contornos distintos do padrão taylorista hegemônico.
- Investimento forte em novas tecnologias, com destaque para a automação e informatização do processo de produção de mercadorias e serviços, configurando um custo humano que parece aumentar os riscos para o trabalho saudável.
- Gestão organizacional e do trabalho, ancorada fortemente no uso de ferramentas informatizadas, que busca operacionalizar o enfoque do paradigma de flexibilização da produção (fabricação com base na demanda) e do trabalho (gerenciamento do tempo e dos resultados das atividades dos trabalhadores).

Além destes traços característicos do processo de mudanças, a reestruturação produtiva vem reconfigurando as relações de produção, distribuição e consumo, merecendo mencionar também (Antunes, & Alves 2011): a mundialização da produção, da distribuição e do consumo; as redes globais de comunicação e informação; a interdependência dos mercados; as inovações tecnológicas nos âmbitos da microeletrônica, da microbiologia e das energias nuclear e ecológica; o crescente conhecimento científico e tecnológico agregados à produção; a redução do ciclo de vida das mercadorias; o aumento da terceirização de serviços; a redução do contingente tradicional dos trabalhadores na indústria, cedendo espaço para o crescimento das relações informais e precárias de trabalho (terceirizados, subcontratados, *part-time*) e da terceirização da economia; o crescimento do trabalho autônomo; a expansão do trabalho em domicílio e do teletrabalho; o aumento do trabalho feminino, especialmente nas modalidades de trabalho *part-time*, precarizado e desregulamentado; e a escolarização clássica amplia-se para o paradigma da qualificação contínua e a ultra-especialização vem evoluindo para a multiqualificação e a especialização flexível na execução das tarefas.

Além destas características, cabe ressaltar ainda que o mundo das corporações vem se tornando cada vez mais transnacional e, em certa medida mais volátil no tempo e no espaço, devido às empresas que migram de regiões e países.

Por fim, cabe mencionar que neste cenário de transformações o

paradigma da flexibilização vem se afirmando como ferramenta gerencial para operacionalizar as mudanças produzidas pelo processo em curso de reestruturação produtiva. Na prática, ela tem se tornado uma diretriz no campo de gestão de processos produtivos voltada para tornar organizações e trabalhadores mais resilientes quanto às exigências de todas as ordens, impostas pela atual estágio histórico do capitalismo. A crítica de Sennett (2001) sobre o uso do paradigma da flexibilidade é reveladora de como ela se distancia daquilo que preconiza a Ergonomia em termos de adaptação do trabalho ao ser humano. Nesta perspectiva, vemos o que escreveu Sennett (2001) sobre a flexibilização:

“A palavra 'flexibilidade' entrou na língua inglesa no século quinze. Seu sentido derivou originalmente da simples observação de que, embora a árvore se dobrasse ao vento, seus galhos sempre voltavam à posição normal. 'Flexibilidade' designa essa capacidade de ceder e recuperar-se da árvore, o teste e restauração de sua forma. Em termos ideais, o comportamento humano flexível deve ter a mesma força tênsil: ser adaptável às circunstâncias variáveis, mas não quebrado por elas. A sociedade hoje busca meios de destruir os males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis. As práticas de flexibilidade, porém, concentram-se mais nas forças que dobram as pessoas.” (p. 53)

O uso da “flexibilidade” nesta ótica apontada por Sennett está em sintonia com a crítica já bem conhecida da Ergonomia quando os modelos gerenciais tratam os trabalhadores como a variável de ajustes nos contextos corporativos (Wisner, 1994).

É com base neste cenário e seus ingredientes de mudanças que a dita “nova economia” almeja e investe para a configuração de um “novo trabalhador”, cujo perfil de competências requer que este seja capaz de manter-se atualizado, manejar novas ferramentas tecnológicas e equipamentos sofisticados, atuar em ambientes com maior incerteza e papéis pouco definidos, ter habilidade para relacionar-se socialmente (ex. capacidade de negociação), lidar com problemas menos estruturados; e trabalhar cada vez mais em equipes.

Ocorre que as transformações econômicas e, sobretudo, as mudanças que invadem o mundo corporativo, em curso desde a década 1965-1975, não são neutros ou mesmo “indolores” para os trabalhadores. Os impactos no campo da saúde e segurança no trabalho são eloquentes das consequências negativas que o processo de reestruturação produtiva tem engendrado.

O relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013), proveniente de “Programa Sobre Segurança e Saúde no Trabalho e Meio Ambiente” apresenta um conjunto de dados ilustrativos, de natureza mundial, de como os contextos de trabalho, onde são produzidas mercadorias e serviços, vêm produzindo efeitos negativos para a saúde e a segurança dos trabalhadores. Neste sentido, cabe destacar alguns indicadores, tanto

mundiais quanto da União Européia, absolutamente inquietantes (OIT, 2013):

- Estima-se que cerca de 2,34 milhões de pessoas morrem vítimas de acidentes ou doenças relacionadas com o trabalho. A maioria absoluta das vítimas – por volta de 2,03 milhões – perde a vida devido a uma das diversas enfermidades profissionais existentes.
- Cerca de 6.300 mortes diárias relacionadas com o trabalho e estima-se que cerca de 5.500 delas são provenientes das diferentes doenças do trabalho.
- A incidência Transtornos Musculoesqueléticos (TME) em diversos países se constituem no tipo de enfermidade mais recorrente: em 27 estados membros da União Europeia, os TME são os de maior prevalência.
- As estatísticas europeias, em 2005, sobre doenças do trabalho apontam que os TME representam 59%.
- A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que, em 2009, cerca de 10% de todos os anos de trabalho perdidos estão relacionados com os casos de TME.
- Os casos de estresse laboral estão relacionados com o assédio moral, sexual e a violência psicológica no trabalho e ele tem contribuído sobremaneira para o uso abusivo de álcool e o consumo de drogas.
- A vivência do estresse excessivo revela evidências clínicas de associação com problemas cardíacos, patologias musculoesqueléticas e digestivas.

Tais indicadores aparecem inequivocamente associados com o processo de reestruturação produtiva em curso. As transformações tecnológicas, sociais e organizacionais intensas e aceleradas que se observam nos ambientes de trabalho estão na gênese de riscos emergentes e de novos desafios para promoção da saúde e da segurança ocupacional. Neste sentido, a OIT chama a atenção para: o uso das nanotecnologias, determinadas biotecnologias; as condições ergonômicas deficientes; a radiação eletromagnética; e os riscos psicossociais diversos. É neste contexto, adverte a OIT, que se constata a prevalência de novos tipos de agravos para a saúde dos trabalhadores sem que haja medidas de enfrentamento por meio da prevenção, da proteção e do controle adequados e imprescindíveis.

O custo econômico que acompanha tais indicadores é também alarmante. Estima-se que os acidentes de trabalho e as enfermidades profissionais representem uma perda anual de 4% do Produto Interno Bruto no mundo. Neste caso, a fatura é alta, pois isto significa cerca de 2,8 bilhões de dólares estadunidenses em custos diretos e indiretos. Globalmente, estes dados parecem revelar um traço distintivo de nossa época: o trabalho como “modo de ganhar a vida” tem se transformado cada vez mais em risco de adoecimento e de acidentes e, muitas vezes, em “modo de perder a própria vida”.

Neste panorama mundial com indicadores inquietantes o Brasil tem, infelizmente, a sua parcela de contribuição. Neste sentido, alguns dados são ilustrativos: o Brasil se situa na quarta posição mundial de acidentes com morte e o décimo quinto em acidentes considerados graves; em 2010 registraram-se 701.496 acidentes, entre estes 2.712 com morte, resultando num custo de cerca de R\$ 293 milhões de reais em benefícios acidentários pagos pela Previdência (AEPS, 2010); em 2011 foram contabilizados 711.164 acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social (AEPS, 2012). Analisando de perto este último indicador, constata-se: a ocorrência de 15.083 doenças relacionadas ao trabalho; o afastamento das atividades de 611.576 trabalhadores devido à incapacidade temporária (309.631 até 15 dias e 301.945 com tempo de afastamento superior a 15 dias), a incapacidade permanente de 14.811 e o óbito de 2.884 trabalhadores.

Em linhas gerais são estes os principais aspectos no qual se inscreve o interesse crescente no investimento em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no mundo corporativo contemporâneo. Ele aparece, portanto, inequivocamente associado com o cenário de mundialização da economia e, sobretudo, com os efeitos negativos que processo de reestruturação produtiva vêm produzindo no modo de funcionamento das organizações, nos modos de trabalhar e nos impactos negativos para a saúde e a segurança no trabalho. Interesse presente, principalmente, nos países industrializados e que mobiliza diferentes protagonistas.

Com base neste panorama sucinto, é pertinente uma questão fundamental: se, de fato, Qualidade de Vida no Trabalho é importante, necessária e vem mobilizando a atenção de dirigentes, gestores e trabalhadores, o que as organizações efetivamente tem feito para a sua promoção nos contextos corporativos? O objetivo do texto consiste, portanto, em fornecer uma visão panorâmica das práticas hegemônicas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) em organizações brasileiras, buscando evidenciar a sua natureza assistencialista e, sobretudo, seus limites para uma real melhoria dos indicadores de saúde e segurança.

1. AS PRÁTICAS DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NO BRASIL: PERFIL DE UMA PERSPECTIVA HEGEMÔNICA E ASSISTENCIALISTA

Um balanço de pesquisas em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), conduzidas pelo Grupo de Estudos em Ergonomia Aplicada ao Setor Público (ErgoPublic) da Universidade de Brasília, possibilitou traçar um perfil característico das práticas de QVT em organizações brasileiras. Tal perfil é revelador de uma perspectiva hegemônica que caracteriza as práticas de QVT em organizações públicas, especialmente no âmbito federal brasileiro (Ferreira, Alves, & Tostes, 2009). Neste sentido, alargando o campo de investigação, os resultados de uma pesquisa (amostra de conve-

niência) conduzida por Ferreira, Almeida, Guimarães e Wargas (2011) com empresas que vendem pacotes de serviços de QVT para organizações públicas e privadas brasileiras são ilustrativos dos tipos de programas mais frequentes existentes no Brasil:

Tipos de serviços	Exemplos de práticas de QVT
Suporte Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> — Autoconhecimento — Meditação — Gerenciamento do estresse — Mapa astral
Suporte Físico-Corporal	<ul style="list-style-type: none"> — Fiscal de postura — Blitz ergonômica — Ginástica laboral — Grupos de caminhada e corrida
Terapias Corpo-Mente	<ul style="list-style-type: none"> — Cinesioterapia laboral — Aromaterapia — Geocromoterapia — Terapia floral alquímica
Abordagens “Holísticas Orientais”	<ul style="list-style-type: none"> — Massagem Ayurvédica — Shiatsu — Tai Chi Chuan — Yoga Laboral
Reeducação Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> — Alimentação saudável — Acompanhamento individual para ganho e perda de peso — Controle dos fatores de risco — Orientação nutricional personalizada
Atividades Culturais e Lazer	<ul style="list-style-type: none"> — Corais — Festas — Danças de salão e ritmos — Passeios
Programas	<ul style="list-style-type: none"> — Programa de antitabagismo — Programa de combate ao sedentarismo — Programa de tratamento da dependência química — Programas de voluntariado empresarial
Suporte em Treinamento	<ul style="list-style-type: none"> — Coaching de saúde e estilo de vida — Palestras motivacionais — Planejamento financeiro pessoal — Treinamentos psicoeducativos
Diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> — Avaliação de ganho e perda de peso — Avaliação física — Mapeamento do estilo de vida — Screenings biométricos
Suporte Corporativo	<ul style="list-style-type: none"> — Call Center de saúde — Fitness Corporativo — Salas anti-stress — Monitoramento do absenteísmo
Fonte: Ferreira, Almeida, Guimarães, & Wargas (2011).	

Este “menu” de práticas de QVT revela a existência de um mercado diversificado e fecundo e, sobretudo, sugere, ainda, que os respectivos clientes parecem ser receptivos aos produtos oferecidos. No conjunto, esses tipos de serviços e exemplos de práticas que dão “corpo e forma” à abordagem assistencialista e hegemônica de Qualidade de Vida no Trabalho pode ser denominada como uma perspectiva de QVT do tipo “restauração corpo-mente” do público-alvo: os trabalhadores.

Essa abordagem hegemônica de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) permite identificar dois focos de interesse interdependentes:

- (a) Foco na produtividade que se expressa no cotidiano das organizações por meio de designações diversas: “saúde corporativa”, “bem-estar organizacional”, “saúde organizacional”, “necessidades da empresa”, “otimizar custos”, “maximizar resultados”, “rendimentos dos colaboradores”; e
- (b) Foco no indivíduo, buscando fornecer ajuda/apoio/suporte para que os trabalhadores possam gerir as consequências negativas que nascem dos contextos de trabalho, por meio da “gestão do stress”, “cuidados com a saúde emocional”, “vivências em espaços anti-estresse”, “imersão em atividades culturais e de lazer”. Tal abordagem de QVT se apresenta também como instrumento efetivo para que as empresas possam gerir indicadores críticos bem conhecidos como, por exemplo, o absenteísmo, a falta de motivação e a rotatividade no emprego. Este “menu” de QVT que mais se assemelha a uma espécie de “ofurô corporativo” (Ferreira, 2013) se apresenta e se propõe ser alternativa segura para que as organizações alcancem seus objetivos e metas.

Enfim, essa perspectiva dominante de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) se apoia em um “cardápio” abundante em alternativas para, supostamente, cuidar dos efeitos nocivos às atividades dos trabalhadores nos ambientes de trabalho estressantes.

2. CRÍTICA À PERSPECTIVA HEGEMÔNICA E ASSISTENCIALISTA

Uma análise cuidadosa das práticas hegemônicas de Qualidade de Vida no Trabalho no Brasil, à luz de conhecimentos já produzidos no campo das chamadas ciências do trabalho e da saúde, possibilita evidenciar seus traços característicos e limites.

Esse enfoque de QVT se mostra alinhado com os modelos de gestão organizacional e do trabalho que visam, conforme assinalam Antunes e Alves (2011), capturar a subjetividade integral dos trabalhadores como mecanismo de sedução para a produtividade no contexto da economia globalizada. Tal enfoque é muito mais que uma ideologia do tipo “panaceia delirante” é fundamental investigar sua gênese e emergência (Athayde & Brito, 2010).

Ele se alinha com modelos de gestão organizacional que transformam a autonomia no trabalho (ex. poder de decisão, maior responsabilidade sobre os resultados e sobre os erros) em sinônimo de risco, principalmente individual, em um cenário em que coabitam o medo de desemprego e a precarização das relações formais de trabalho (Nardi, 2006). Tais elementos se mostram aderentes à concepção de mundo do trabalho que se pauta no culto da performance (Ehrenberg, 1991) e, ao mesmo tempo, na perspectiva de empreender a sua própria vida profissional (Gaulejac, 2007).

As práticas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) hegemônicas veiculam, de modo velado, demonstrações “inequívocas” e mensagens subliminares do quanto, supostamente, as organizações estão preocupadas com a saúde e o bem-estar de seus empregados. Em contrapartida, elas esperam que tal abordagem de QVT resulte em comprometimento efetivo dos trabalhadores com a produtividade.

Essa perspectiva de QVT, do tipo restauração corpo-mente, se pretende ser uma espécie de “remédio” eficaz para gerir as transformações econômicas aceleradas e, sobretudo, seus impactos no campo da saúde e segurança no trabalho. Entretanto, pode-se afirmar que, de fato, tais práticas de QVT apontadas se constituem em modos de dominação/submissão dos trabalhadores que são próprios do capitalismo contemporâneo. Nele a maximização da produtividade permanece como um objetivo central, mas não explicitamente revelado, onde se instrumentaliza/empobrece o caráter coletivo do trabalho e se coloca a ênfase no indivíduo, na medida em que deslocam os problemas organizacionais para outras esferas.

O balanço analítico permite identificar três limites fundamentais que veiculam as práticas de QVT prevalentes no caso brasileiro:

Foco no indivíduo. Tais práticas transferem aos trabalhadores a responsabilidade pela QVT, convocando-os para efetivamente participarem de tais atividades. As fontes concretas dos desgastes e da fadiga, cujas raízes são de natureza organizacional, permanecem intocáveis (ex. sobrecarga de trabalho; posto de trabalho não ergonômico). A crítica, feita de longa data, pela Ergonomia da Atividade permanece viva e atual: o trabalhador é a variável de ajuste, devendo, em tais casos, se adaptar ao ambiente organizacional hostil. Os programas de QVT buscam, de fato, aumentar a resistência física e mental dos trabalhadores para suportarem às adversidades organizacionais. Aqui o foco da flexibilidade, paradigma de gestão atual, personifica-se em cada trabalhador, conforme crítica formulada por Sennett (2001).

Caráter assistencialista. As práticas de QVT são de caráter compensatório dos desgastes vivenciados pelos trabalhadores e se pretendem ter uma função “curativa” dos males presentes no cotidiano de trabalho. Ainda que parte das atividades possa, no limite, ser útil para se aprimorar o estilo

de vida dos trabalhadores, globalmente elas estão em nítido descompasso com as causas mais profundas dos problemas provenientes das situações de trabalho.

Ênfase na produtividade. O que de fato as práticas de QVT hegemônica visam é garantir índices de produtividades prescritos, pois eles são vitais em face da competitividade globalizada. Nesta ótica, é vital dispor de trabalhadores que não faltem ao trabalho, sejam proativos, não se acidentem e não adoçam. As metas precisam ser alcançadas de forma obstinada e a relação custo-benefício deve ser amplamente favorável. Assim, as práticas de gestão do trabalho permanecem temas tabus, inquestionáveis. Tal perspectiva de se pensar a produtividade se afasta da sua dimensão saudável que é, portanto, produtora de bem-estar no trabalho.

Portanto, a abordagem hegemônica de QVT se configura com uma estratégia de endomarketing, ou seja, usa ferramentas do marketing tradicional (clientes externos à empresa) para “vender” este enfoque Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no ambiente interno das corporações e, desta forma, busca convencer os trabalhadores (clientes internos) de sua validade e oportunidade. Uma estratégia, a rigor, de “fôlego” curto, pois pesquisas evidenciam que a adesão dos trabalhadores em programas de QVT assistencialista se reduz drasticamente com o passar do tempo não atingindo nenhum 20% do seu público-alvo (Ferreira, Antloga, Paschoal, & Ferreira, 2013; Medeiros, & Ferreira, 2011). Por último, cabe assinalar que esta visão de Qualidade de Vida no Trabalho veicula implícita e explicitamente três concepções nucleares de pensar o mundo da produção e o papel de seus principais protagonistas: (a) uma compreensão de ser humano reificada; (b) uma concepção instrumentalista/reducionista do trabalho humano; e (c) uma concepção utilitarista/reducionista de organização centrada no produtivismo exacerbado.

3. CONCLUSÃO: DESAFIO DA PROMOÇÃO DA QVT

A superação da abordagem assistencialista de Qualidade de Vida no Trabalho nas organizações brasileiras coloca importantes desafios. Um conjunto de pesquisas, conduzidas com base numa abordagem em construção – denominada Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT) – tem evidenciado que a promoção efetiva da QVT deve se apoiar no paradigma metodológico de perguntar aos trabalhadores como eles avaliam a qualidade de vida no trabalho nos seus contextos de trabalho (Ferreira, Ferreira, Paschoal, & Almeida, 2014a; Ferreira, Ferreira, Paschoal, & Almeida, 2014b). Esta é uma questão central para operacionalizar uma perspectiva de intervenção/transformação que, de fato, possibilite uma promoção de QVT de natureza sustentável e contra-hegemônica. Uma perspectiva

que, no caso da EAA_QVT, constitui apenas o ponto de partida para um modelo analítico que combina macrodiagnóstico organizacional e microdiagnóstico ergonômico (Ferreira, 2008; Ferreira, 2011; Ferreira, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, P. P. (2011). Reengenharia. In A.D. Cattani, & L. Holzmann (Orgs.), *Dicionário de Trabalho e Tecnologia* (pp. 315-319). Porto Alegre: Zouk.
- Antunes, R., & Alves, G. (2011). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, 25(87), 335-351. Retirado em 15 de maio de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004000200003&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S0101-73302004000200003.
- AEPS (2010). *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília: Ministério da Previdência Social.
- AEPS (2012). *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília: Ministério da Previdência Social.
- Athayde M., & Brito, J. (2010). Vida, saúde e trabalho: Dialogando sobre qualidade de vida no trabalho em um cenário de precarização. *Trabalho, educação e saúde*, 7(3), 587-597.
- Baumgarten, M., & Holzmann, L. (2011). Reestruturação produtiva. In A.D. Cattani e L. Holzmann (Orgs.), *Dicionário de Trabalho e Tecnologia* (pp. 315-319). Porto Alegre: Zouk.
- Castel, R. (2003). *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Ehrenberg, A. (1991). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Éditions Odile Jacob.
- Ferreira, M.C. (2008). A Ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 11(1), 83-99. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v11i1p83-99>
- Ferreira, M.C. (2011). A Ergonomia da atividade pode promover a qualidade de vida no trabalho? reflexões de natureza metodológica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11(1), 8-20.
- Ferreira, M.C. (2012). *Qualidade de Vida no Trabalho. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores*. 2ª Ed. Revista e Ampliada, Brasília DF: Paralelo 15.
- Ferreira, M.C. (2013). "QVT é quando acordo... Penso em vir trabalhar e o sorriso ainda continua no rosto!" Sentidos da qualidade de vida no trabalho na ótica dos servidores públicos. In M.C. Ferreira, C. Antloga, T. Paschoal, & R.R. Ferreira (Orgs.), *Qualidade de Vida no Trabalho. Perspectiva de Análise e Intervenção* (pp. 19-38). Brasília: Paralelo 15.
- Ferreira, M.C., Almeida, C.P., Guimarães, M.C., & Wargas, R.D. (2011). Qualidade de Vida no Trabalho: a ótica da restauração corpo-mente e o olhar dos trabalhadores. In M.C. Ferreira,

- J.N.G. Araújo, C.P. Almeida, & A.M. Mendes. (Orgs.), *Dominação e Resistência no Contexto Trabalho-Saúde* (pp. 159-182). São Paulo: Editora Makenzie.
- Ferreira, M.C., Alves, L., & Tostes, N. (2009). Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) no serviço público federal: o descompasso entre problemas e práticas gerenciais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 319-327. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000300005>
- Ferreira, M.C., Antloga, C., Paschoal, T., & Ferreira, R.R. (Orgs.) (2013). *Qualidade de Vida no Trabalho. Perspectiva de Análise e Intervenção*. Brasília: Paralelo 15.
- Ferreira, R.R., Ferreira, M.C., Paschoal, T., & Almeida, J.G. (2014a). Perceptions of Quality of Work Life (QWL), Labor management practices and well-being: A inferential study in a brazilian IT company. In *Proceedings of 28th International Congress of Applied Psychology*, vol.1, 1-1, Paris, France.
- Ferreira, R.R., Ferreira, M.C., Paschoal, T., & Almeida, J.G. (2014b). Quality of Work Lives Concept: What do workers of a public IT company in Brazil think?. In *Proceedings of 28th International Congress of Applied Psychology*, vol.1, 1-1, Paris, France.
- Gaulejac, V. de (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Hobsbawm, E.J. (1996). *A era dos extremos: o breve século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Leite, M. P. (1994). Reestruturação produtiva, novas tecnologias e novas formas de gestão da mão-de-obra. In C.A. Oliveira (Org.), *O mundo do Trabalho. Crise e mudança ao final do século* (pp. 563-587). São Paulo: MTb-PNUD/Cesit-Unicamp/Scritta.
- Leite, M. P. (2003). *Trabalho e sociedade em transformação: Mudanças produtivas e atores sociais*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Mattoso, J. (1995). *A desordem do trabalho*. São Paulo: Scritta.
- Mattoso, J., & Baltar, P. E. A. (1996). Transformações estruturais e emprego nos anos 90. In *Cadernos do Cesit*, 21, 1-23.
- Medeiros, L.F.R., & Ferreira, M.C. (2011). Qualidade de vida no trabalho: Uma revisão da produção científica de 1995-2012. *Gestão Contemporânea*, 1, 9-34.
- Nardi, H. C. (2006). *Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS.
- OIT – Organización Internacional del Trabajo (2013). *La prevención de las enfermedades profesionales*. Ginebra, OIT.
- Sennett, R. (2001). *A corrosão do caráter: Consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Editora Record.
- Wisner, A. (1994). *A inteligência no trabalho: Textos selecionados de Ergonomia*. São Paulo: Ministério do Trabalho MT/Fundacentro.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Ferreira, M. C. (2015). Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): do assistencialismo à promoção efetiva. *Laboreal*, 11 (2), 28-35. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215mcf>

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**RIESGOS SOCIALES DEL TRABAJO EN TURNO LARGO.
VIDA FAMILIAR Y LABORAL EN CRISIS EN UN CAMPAMENTO PETROLERO PATAGÓNICO.**

JORGE WALTER

Centro de Investigaciones por una
Cultura de Seguridad
Escuela de Administración y
Negocios
Universidad de San Andrés
Vito Dumas 284, B1644BID Victoria,
Buenos Aires, Argentina
walter@udesa.edu.ar

PALABRAS-CLAVE

Campamentos petroleros,
Riesgos psicosociales,
Calidad de vida,
Subcontratación.

RESUMEN

Hay abundante literatura sobre el trabajo en largos turnos y la calidad de vida en los campamentos de tierra firme y las plataformas petroleras offshore y su impacto en la salud, la seguridad física y psicosociológica y la vida familiar de los trabajadores. El factor común del estilo de vida petrolero - y el de otras profesiones habituadas al trabajo en turno largo - reside, sin embargo, en los problemas de sociabilidad en el trabajo y en la vida personal. Llegamos a ésta conclusión, punto de partida para nuevas investigaciones, como corolario de una encuesta de percepciones sobre el funcionamiento del sistema de gestión de la seguridad de una empresa multinacional, en la cual profundizamos sobre dichos rasgos mediante entrevistas y grupos focales, en la cual - hecho inhabitual en éste tipo de diagnósticos - participó el personal de empresas contratadas, cuyos testimonios nos orientaron en esa dirección.

PALAVRAS-CHAVE

Campos petrolíferos,
Riscos psicossociais,
Qualidade de vida,
Subcontratação.

RESUMO**RISCOS SOCIAIS DO TRABALHO DE TURNO DE LONGA DURAÇÃO. VIDA FAMILIAR E VIDA NO TRABALHO EM CRISE NUM CAMPO PETROLÍFERO NA PATAGÓNIA.**

Existe abundante literatura sobre o trabalho em turnos longos e a qualidade de vida nos campos e plataformas offshore e seu impacto na saúde, segurança físico e psico-sociológica e vida familiar dos trabalhadores. O fator comum do estilo de vida dos trabalhadores petrolíferos - e dos trabalhadores de outras profissões acostumados a trabalho por turnos longos - reside, no entanto, os problemas de sociabilidade no trabalho e na vida pessoal. Chegamos a esta conclusão, o ponto de partida para novas pesquisas, como corolário de uma pesquisa de percepção em que nos

Manuscrito recibido en:
Septiembre/2015
Aceptado tras peritaje:
Noviembre/2015

aprofundarmos sobre esses recursos por meio de entrevistas e grupos focais - um fato que eu incomum neste tipo de diagnósticos - empresas participadas contrataram pessoal cujos testemunhos nos apontam nessa direção.

MOTS CLÉS

Champs pétroliers,
Risques psychosociaux,
Qualité de vie,
Sous-traitance.

RÉSUMÉ

RISQUES SOCIAUX DU TRAVAIL POSTÉ DE LONGUE DURÉE. VIE FAMILIALE ET VIE AU TRAVAIL EN CRISE DANS UN CHAMP PÉTROLIER PATAGONIQUE.

Il y a une abondante littérature sur le travail posté de longue durée et la qualité de la vie dans les champs pétroliers *onshore* et les plateformes pétrolières *offshore* et ses impacts sur la vie au travail - santé, sécurité - et la vie hors travail des travailleurs - impacts psychosociologiques et sur la vie familiale. Le facteur commun du style de vie propre à ce métier - et à celui d'autres professions habituées aux horaires postés de longue durée - réside dans les problèmes de sociabilité à la fois dans le travail et dans la vie personnelle hors travail. Ceci a été la conclusion, et le point de départ de nouvelles recherches, des résultats d'une enquête sur la perception du fonctionnement du système de gestion de la sécurité d'une entreprise multinationale. Dans ce cadre nous avons pu approfondir cet aspect par le biais d'entretiens individuels et collectifs, auxquels ont participé - fait inhabituel dans ce genre de diagnostics - le personnel des entreprises sous-traitées, dont les témoignages nous ont orienté dans cette direction.

KEYWORDS

Oil camps,
Psychosocial risks,
Quality of life,
Outsourcing

ABSTRACT

SOCIAL RISKS OF LONG SHIFT WORK. WORK AND FAMILY LIFE IN CRISIS IN A PATAGONIAN OIL CAMP.

There is abundant literature regarding long-shifts work and the quality of life in onshore oil camps and offshore platforms and their impact on the health and the physical and psycho-sociological safety and the family life of workers. The common factor of the life style of oil workers - and other professions accustomed to long shift works - lies, however, in sociability problems at work and in personal life. We reached this conclusion, the starting point for further research, from a perceptions survey in which we inquired on these features through interviews and focus groups where - an unusual fact in this kind of surveys - the staff of subcontracting companies participated and whose testimonies pointed us in this direction.

1. INTRODUCCIÓN

Manuel García despertó temprano - en la reiterada pesadilla despedía en el aeropuerto a su hija recién nacida, a quien no volvería en las próximas dos semanas - y salió de la casilla rodante procurando no despertar a su compañero; disfrutó por un instante del imponente pero desolado, seco, muy ventoso y helado paisaje patagónico (muy conveniente, para despejar rápidamente el recuerdo de la mente) y desvió la mirada por enésima vez, sin poder evitarlo, hacia la “empresa de enfrente”, mote que él y sus compañeros de las otras casillas utilizaban para referirse a las oficinas administrativas anexas al hotel donde se alojaba el personal jerárquico de la compañía multinacional.

Hacía 18 años que Manuel trabajaba para esa empresa, en la cual tenía actualmente a su cargo la coordinación de los supervisores de las obras realizadas por empresas locales contratadas. Pero Manuel no era un empleado de la empresa multinacional. Figuraba en su organigrama con un puesto jerárquico, pero su sueldo era pagado mensualmente por otra organización.

¿Por qué Manuel continuaba trabajando allí, tan lejos de su familia y a la vez tan -demasiado - cerca de su compañero de trabajo en la pequeña casilla?, ¿Quiénes eran esos empleados que se desempeñaban en nombre de la empresa multinacional controlando las empresas contratadas a cargo de obras de construcción, siendo ellos mismos empleados de otra empresa contratada local?, ¿A qué se debía su insatisfacción cuando comparaban su situación con “la empresa de enfrente”?

Esta y muchas otras preguntas surgieron cuando entrevistamos en 2011 a Manuel y sus colegas del Área de Proyectos al realizar una encuesta de percepciones sobre el funcionamiento del sistema de gestión de la seguridad de la empresa multinacional.

La protestas de Manuel y sus colegas sobre la calidad de vida en el campamento (en lo referido al alojamiento, la alimentación, las comunicaciones, el esparcimiento y la atención médica) nos invitaron a efectuar una revisión de la literatura sobre la calidad de vida y el trabajo en turnos largos gracias a la cual aprendimos que los mismos problemas que observábamos en el campamento se planteaban con especial agudeza en las plataformas petroleras offshore, donde la vida cotidiana y el trabajo tienen lugar en espacios confinados e incómodos y en lugares a menudo remotos, sometidos a las peores inclemencias climáticas.

El vínculo entre lo anterior y la subcontratación lo establecimos porque el problema nos fue planteado por el personal de la empresa a la cual pertenecía Manuel, que actuó como un revelador de lo que, luego supimos, era un problema de alcance mucho mayor.

1.1 Cambios estructurales y riesgos psicosociales en la actividad petrolera

Al igual que en las plataformas offshore, las actividades de perforación, extracción y transporte del petróleo y el gas que se rea-

lizan en tierra firme suelen requerir la creación de campamentos (es el nombre utilizado en el mundo petrolero, que alude a un carácter provisorio que en los hechos no poseen) para alojar al personal que trabaja en ellas.

En éste apartado tomaremos como referencia algunos trabajos que han realizado comparaciones entre los riesgos físicos y sobre todo psicosociales que afectan al personal que vive y trabaja en las plataformas *offshore* y en los campamentos *onshore*, dos realidades que, con sus similitudes y sus diferencias, se iluminan mutuamente.

La mayoría de esos trabajos, a los cuales nos referiremos a continuación, han sido reunidos en un informe de Katharine R. Parkes, del Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Oxford, que resume los resultados de nueve investigaciones realizadas entre 1996 y 2001 con financiamiento del Health and Safety Executive (HSE) del Reino Unido sobre los “Aspectos psicosociológicos del trabajo y la salud en la industria petrolera del Mar del Norte” (Parkes, 2002).

En las conclusiones de una investigación sobre el trabajo por turnos (diurno/nocturno) realizado en 1990 y replicado en 1995 en una pequeña muestra (N=172) de trabajadores onshore y offshore se atribuyó el mayor incremento de la ansiedad y la mayor caída de la moral registradas en las instalaciones *onshore* a los cambios estructurales sucedidos a partir de mediados de la década de los años ochenta (reducciones de costos, reestructuraciones organizacionales), lo cual se debió a que “habían tenido lugar varios años antes en el ámbito offshore” (Parkes & Razawi VI, 1996, p.5).

Cinco años después fue publicada una investigación comparativa realizada mediante una muestra mucho mayor de personas (N=909) que trabajaban en cinco compañías en ocho sitios de tierra firme (Parkes & Byron, 2001). Dicha investigación replicó un estudio realizado años antes en instalaciones offshore (Parkes & Clark, 1997). El estudio incluyó factores físicos y psicosociales de estrés (trabajo por turnos, carga de trabajo, autonomía, variedad y claridad de la tarea), medidas y procedimientos de seguridad, satisfacción en el trabajo y perspectivas de trabajo futuro. Se evaluó la influencia del entorno (*onshore/offshore*), de la compañía y del tipo de tarea realizada. Nuevamente, la investigación reveló que el personal *onshore* estaba expuesto a una mayor carga de trabajo, realizado con menor autonomía y con menor satisfacción que el personal *offshore*. No llama entonces la atención que “Las medidas de ansiedad y de síntomas psicosomáticos (fuesen) significativamente más altas entre el personal onshore, tomando en cuenta los tipos de trabajo, las compañías, la edad y la personalidad neurótica” (Parkes & Clark, 1997, p.29). Tampoco sorprenden los problemas de obesidad del personal más joven (índice de masa corporal superior a 30) sobre todo en el personal *onshore* (12,7%) comparado con el personal *offshore* (8,2%). Por último, los mayores problemas de sueño: 5,7 horas en promedio, contra 6,6 horas del personal *offshore*.

Esa mayor gravedad de los problemas contrastaba con el retraso en la consideración de los factores psicosociales en las instalaciones *onshore* de la industria petrolera que, según los resultados de nuestra propia investigación, continúa verificándose en la actualidad.

El principal entre los factores de riesgo psicosocial que afecta a los trabajadores petroleros (y de otras industrias que comparten este rasgo) es sin duda el trabajo en largos turnos de dos o tres semanas, con la consiguiente separación prolongada de la familias y el “síndrome del marido intermitente” (Morrice & Taylor, 1978; Hubinger, Parker, & Clavarino, 2002). Los problemas resultantes del trabajo por turnos largos (2 o 3 semanas), extendidos (12 horas x 2, vs. 8 horas x 3) y nocturnos ha sido objeto de numerosos estudios específicos, particularmente en el ámbito *onshore* (Parkes, 2010).

Según la autora citada, ciertos rasgos del trabajo offshore “no aplican en el ámbito *onshore*”. Menciona por ejemplo la exposición a un medio ambiente adverso - “afectado en las plataformas por el viento y los movimientos marinos”- o la localización en sitios remotos y aislados. Se refiere además a los problemas de alojamiento -cuando se comparten las cabinas, particularmente durante las horas de sueño (ronquidos) - si bien la insatisfacción más importante tiene que ver con “la dieta personal y los programas de actividad física”, vinculados con el ya mencionado problema de la obesidad. Se suman a lo anterior los problemas de transporte (en el caso particular de las plataformas offshore se suman el miedo y el estrés provocado por los viajes en helicóptero), así como los riesgos de accidente de tránsito (debidos a los desajustes circadianos durante los cambios de turno (largo): “la readaptación toma típicamente 2 a 3 días”).

Nuestras observaciones muestran sin embargo que los hallazgos sobre la incidencia de los factores mencionados en las instalaciones *offshore* tienen gran interés para el contexto *onshore*, así como “los hallazgos realizados por la literatura sobre el trabajo por turnos largos en el ámbito *onshore* proveen información relevante para la organización del tiempo de trabajo en el ámbito *offshore*” (Parkes, 2010, Executive summary). El trabajo por largos turnos, en lugares remotos y aislados, con un medio natural y un clima adversos, que plantean problemas de transporte, comunicación, esparcimiento, alimentación equilibrada (y alcoholismo), así como de convivencia en pequeñas comunidades cerradas, tienen un fuerte parecido con las condiciones que enfrentan los trabajadores que viven y trabajan en los campamentos patagónicos donde realizamos la investigación.

Tratándose de cambios estructurales y reorganizaciones empresarias con énfasis en la reducción de costos llama la atención, por último, que el tipo de vínculo contractual no fuese considerado - o solo circunstancialmente - en los trabajos comentados.

1.2 De la tercerización de los riesgos a la cooperación con los subcontratistas

La literatura internacional sobre el impacto de las reestructuraciones organizacionales en la gestión de la seguridad - registrado en los informes del apartado precedente - puso de manifiesto que la tercerización, enfocada en la reducción de costos, acarreó desorganización del trabajo, precarización del empleo y una doble indefensión, legislativa y sindical de los trabajadores (Quinlan, Mayhew, & Bohle, 2001; Rousseau & Libuser, 1997) siendo comúnmente utilizada para transferir a empresas contratadas la responsabilidad por la realización las actividades más riesgosas (Tazi, 2010). No sorprende entonces el consiguiente fuerte incremento de los accidentes y su impacto sobre la salud de sus trabajadores (Mayhew, Quinlan, & Ferris, 1997; Nenonen, 2011).

El fenómeno tuvo alcance global, pues involucró a países desarrollados y en vías de desarrollo. Estos últimos lo sufrieron en mayor medida - y reaccionaron más tarde- debido a la debilidad estructural de sus mercados de trabajo: “*there is good evidence that precarious employment is expanding in the third world ... where the informal sector typically accounts for over the half the workforce*” (Quinlan et al. 2001) ^[1]. Tampoco sorprende entonces que, como consecuencia de lo anterior, se concibieran e implementaran luego en diferentes países - comenzando por los más desarrollados - normativas y sistemas públicos de control de los abusos en materia de contratación consistentes en consagrar la co-responsabilidad de los contratantes en los accidentes sucedidos en las empresas que contratan (Johnstone, Mayhew, & Quinlan, 2005; Johnstone, 2005; Nossar, Johnstone, & Quinlan, 2003). Fue así como, en ciertos países, sectores y empresas las tendencias iniciales negativas comenzaron lentamente a revertirse.

Así por ejemplo, la Ley 699/2003 apuntó en Francia “a reforzar la cooperación entre los directivos de las empresas contratantes y contratadas en cuanto a la gestión de los riesgos relativos a la co-actividad, atribuyendo “la gestión integral del riesgo industrial” al directivo principal de la empresa contratante. Dicha ley amplió los Comités de Higiene y Seguridad para integrar en ellos representantes de las empresas contratadas” (Cantero, 2008). A los dispositivos y restricciones previstos por ella (limitaciones a la subcontratación en cascada, establecimiento de planes de prevención, formación de Comités de Higiene, Seguridad y Condiciones de Trabajo... “y otras disposiciones reglamentarias tendientes a la corresponsabilidad”) se sumó, en el caso particular de las plataformas petroleras de ese país estudiadas en la tesis doctoral de la cual tomamos estas informaciones, la constitución de “redes de proximidad” con las empresas contratadas en las plataformas (*onshore*), un proceso de especialización de los mismos y la creación de dispositivos formales e informales de coordinación y control interempresas en los sitios. Como consecuencia de lo anterior tuvo lugar “una reducción progresiva de la distancia entre las tasas de frecuencia de las empresas con-

tratantes y las contratadas en el sector químico en general y en los cuatro sitios analizados en particular” (Cantero, 2008, p.266). Otro cambio importante en materia de subcontratación involucró, por último, la índole de las actividades puestas a cargo de empresas contratadas. En efecto, “...la contratación evolucionó considerablemente durante las últimas dos décadas extendiéndose desde actividades sin valor agregado para los clientes, tales como el catering, el transporte o el cuidado de espacios verdes, hacia la subcontratación de soportes directos del negocio tales como el mantenimiento de las unidades de producción” (Tazi, 2010: 23). Este último cambio, y el comentado previamente en cuanto al surgimiento de formas de colaboración entre empresas contratantes y contratadas se verifican claramente, como veremos, en el caso analizado en la presente investigación.

1.3 Metodología y materiales

Mantendremos el anonimato de la empresa contratante utilizando una localización genérica (la enorme Patagonia argentino-chilena) y un nombre de fantasía (PDF) ya empleado en una anterior publicación a la cual nos referiremos más adelante.

La encuesta de la cual provienen los datos que presentaremos fue realizada con posterioridad a la implementación en la filial de un Sistema de Management de la Seguridad (SMS) según normas desarrolladas por la casa matriz ^[2]. Realizamos la encuesta en la filial patagónica por encargo de la propia empresa, interesada en indagar sobre la correspondencia entre la normativa certificada y las prácticas de gestión de la seguridad. Tanto la certificación, como la encuesta, fueron realizadas en todas las filiales de la firma a nivel internacional.

El diagnóstico se realizó mediante un diseño mixto, cuantitativo y cualitativo (Lee, 1999). Un cuestionario con 100 preguntas fue respondido durante la fase inicial cuantitativa por el 90% (N=1836) de los trabajadores permanentes de PDF y de las empresas contratadas que en ese momento realizaban tareas para la organización. En el caso de los gerentes, jefes y supervisores de PDF la tasa de respuesta fue del 100%.

Las preguntas fueron agrupadas para su análisis según un conjunto de parámetros sobre aspectos referidos a los comportamientos individuales y grupales, la organización del trabajo y las prácticas directivas y de gestión. Tras análisis estadístico, la interpretación de los resultados fue discutida en entrevistas individuales y grupales (grupos focales) realizadas en los sitios de trabajo (sede corporativa y campamentos patagónicos) con la participación de personal de diferentes niveles jerárquicos, sectores, especialidades, antigüedad y formas de vinculación contractual. El objetivo de las entrevistas individuales y colectivas fue recabar interpretaciones y explicaciones contextualizadas para los resultados cuantitativos, información adicional y propuestas de solución para los problemas identificados. A tal efecto fueron convocados 37 grupos focales en 5 localizaciones

diferentes, con un total de 143 personas entrevistadas. El presente artículo recurrirá sobre todo al material cualitativo, mediante un tratamiento sistemático de los testimonios recogidos en las entrevistas ^[3].

La encuesta no se aplicó a una muestra sino a la totalidad de los empleados presentes en la empresa - fuese personal propio o de empresas contratadas - en el momento de su realización, para que cumpliera con la doble función de instrumento de diagnóstico e involucramiento del personal (Walter, Poy, & Darmohraj, 2009). Sobre el total de cuestionarios completados y válidos, el 71,2% fue respondido por personal de empresas contratadas que trabajaba en ese momento para PDF.

Sobre el trabajo de campo

Iniciaremos la presentación del caso refiriéndonos a un factor cuya influencia descubrimos en durante la fase cualitativa de la investigación: el tipo particular de contrato que vinculaba con PDF al personal de un área clave de la empresa situada en el campamento patagónico donde observamos el fenómeno que nos motivó a escribir el artículo.

La razón por la cual elegimos dicha área para la realización de grupos focales fue entender el porqué de su desempeño excepcional en materia de seguridad, pues estaba a cargo de la supervisión de las obras realizadas por empresas locales pequeñas y medianas contratadas, un eslabón usualmente débil en materia de resultados de seguridad (Mayhew et al. 1997; Tazi, 2010). Por tal motivo también realizamos entrevistas individuales y colectivas a directivos, jefes, supervisores y operarios de dichas empresas en los sitios donde realizaban las obras.

El grupo focal que inspiró este trabajo se reunió en la Oficina del Área de Proyectos situada en un sector del campamento separado del hotel y los edificios administrativos principales de la empresa. En dicho sector estaban alojados, en casillas rodantes compartidas por dos personas, los miembros de la empresa contratada que constituían la mayoría del personal del sector, que en diversas ocasiones se refirieron irónicamente a “la empresa de enfrente” para enfatizar lo que consideraban un síntoma de la marginación del sector reflejado - entre otras cosas - en su ubicación ^[4].

Dado el excelente desempeño del área, una de las informaciones que nos había sorprendido en el momento de organizar los grupos focales era el muy alto nivel de ansiedad registrado por la encuesta especialmente entre los miembros de la jerarquía, lo cual, sin embargo, no era un rasgo distintivo de ésta área en particular. Lo que verdaderamente no esperábamos fue la larga y detallada exposición de motivos que fue expuesta cuando efectuamos la pregunta sobre las razones que explicaban la ansiedad.

Los motivos de la ansiedad se referían, como veremos, a una serie de cuestiones respecto de las cuales los miembros del área se sentían menoscabados, relativas a la calidad de vida de los habitantes de esa parte del campamento.

2. EL CAMPAMENTO PATAGÓNICO DE PDF Y SU ÁREA DE GESTIÓN DE PROYECTOS

2.1 Algunos antecedentes, a modo de presentación

La empresa realizó las primeras inversiones en la región a comienzos de los años ochenta. En los inicios de la década siguiente realizamos una investigación sobre su forma de organizar la transferencia de tecnología para una gran obra de infraestructura onshore, a partir de la cual publicamos un artículo en el cual pusimos de manifiesto las virtudes de su política consistente en recurrir para el diseño de la ingeniería de detalle de dicha obra a empresas de ingeniería locales conocedoras de las normas y las redes domésticas de subcontratación (Walter, 2000). A mediados de los años 2000 la empresa implementó en todas sus filiales un sistema de gestión de la seguridad desarrollado por la casa matriz y pocos años después realizamos la encuesta de percepciones sobre el funcionamiento del nuevo sistema en su filial patagónica. Es esa misma política consistente en recurrir a empresas de ingeniería locales por su conocimiento de las redes domésticas de subcontratación la que observamos aplicada ahora a la gestión de procesos centrales como la gestión de la seguridad y el mantenimiento.

2.2 Las formas de contratación y la composición del personal

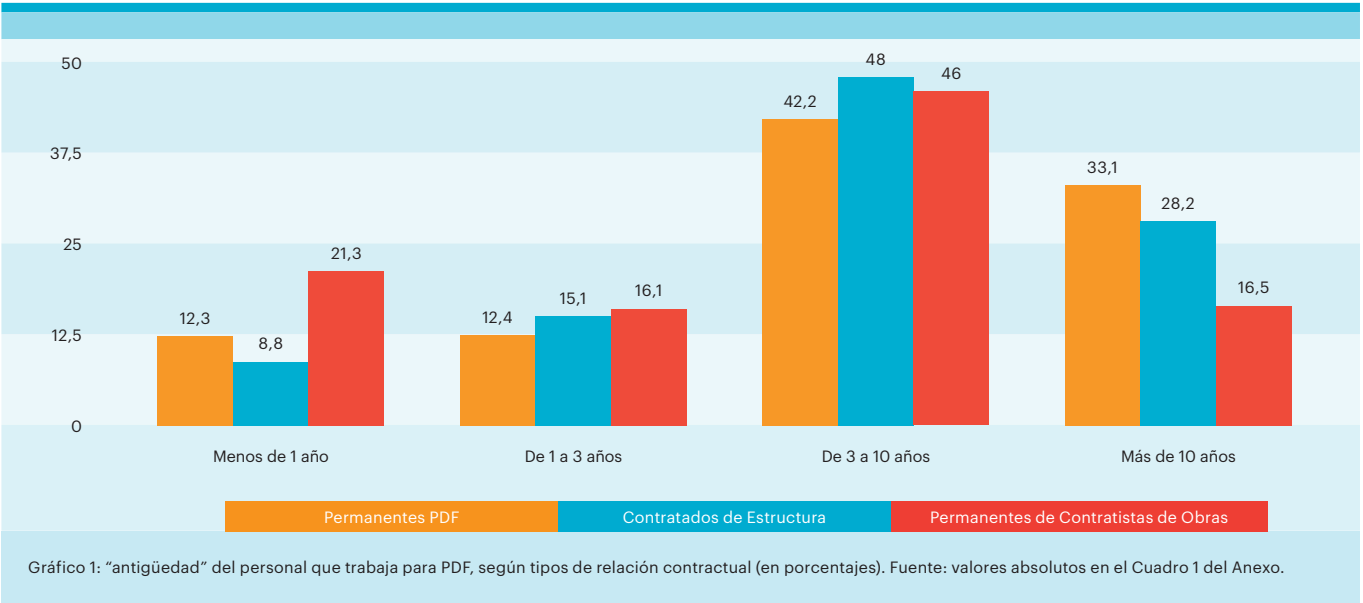
El próximo cuadro lo construimos a partir de la información recogida por la encuesta y refleja la composición según categorías contractuales del personal que respondió el cuestionario: empleados permanentes de PDF, empleados de empresas contratadas por PDF, y entre éstas últimas, empleados de empresas contratistas de obras y “contratados de estructura”.

Obsérvese el peso significativo del personal de empresas contratadas (71,2%), y entre ellas, del personal “contratado de estructura” (31,6%). Es menos llamativa la proporción de personal que trabajaba en las empresas a cargo de las obras (pues reflejaba en todo caso el dinamismo de las inversiones realizadas por PDF en ese momento).

Personas trabajando para PDF en el momento de la encuesta		V.A.	%
Personal permanente de PDF		529	28,8
Personal permanente de empresas contratadas	“Contratados de Estructura”	581	31,6
	Personal permanente de empresas contratistas de obras	726	39,5
Total		1836	100

Cuadro 1: personas que trabajaban para PDF en el momento de la Encuesta (2011), según tipo de relación contractual. Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad.

La categoría contratados de Estructura PDF la asignaba al personal asalariado de una empresa contratada (que denominaremos MRI ^[5]) que se desempeñaba en PDF en forma permanente, ocupando en ella posiciones jerárquicas, es decir “de estructura”, a cargo del mantenimiento y la supervisión de la seguridad en los trabajos realizados por las empresas contratadas para la realización de obras de construcción (como la instalación de equipos, cañerías, válvulas, etc.), para lo cual PDF les ofrecía a los



empleados de MRI las mismas capacitaciones que impartía a su personal permanente.

Además de recibir las mismas capacitaciones, nos sorprendió descubrir que los Contratados de Estructura presentaban una distribución por “antigüedades” ^[6] muy parecida a la del personal permanente de PDF (cuadro 2 del Anexo y gráfico 1 a continuación).

Como puede verse, algo parecido sucedía también con el personal de las empresas contratadas, lo cual se relaciona posiblemente con una dinámica propia del mercado de trabajo local: más del 40% de dicho personal llevaba entre 4 y 10 años realizando obras para PDF. Un Gerente permanente de PDF nos brindó la siguiente explicación: “Aunque cambie la empresa contratada su personal se mantiene. Cincuenta y cincuenta por ciento como mínimo es recontractada por la nueva empresa que se contrate, que con el cincuenta por ciento ya capacitado traslada su conocimiento al cincuenta por ciento de los nuevos”.

2.3 El rol de los contratados de estructura

Los contratados de Estructura tenían a su cargo actividades clave para la seguridad como el mantenimiento de las instalaciones a cargo de la Gerencia de Mantenimiento y la supervisión de las obras de construcción a cargo de la Gerencia de Proyectos. Según el testimonio de un Jefe del Área de Proyectos, comparada con otras actividades como el mantenimiento o la producción, la supervisión del personal de las empresas contratadas a cargo de las obras de construcción tenía la particularidad de no involucrar tareas rutinarias: “a realidad de la Gerencia de Proyectos y la realidad de las Operaciones es muy diferente: el mantenimiento y la producción son rutinarios y nuestro trabajo no, porque son obras” (Jefe MRI ^[7], 6 años ^[8]).

Eran empleados de la empresa MRI, en efecto, una parte importante (el 45%) de los supervisores de la Gerencia de Mantenimiento y la gran mayoría de los operarios del sector (el 72%). En éste sentido, MRI se desenvolvía en ésta área como un contratista convencional, bajo control de una amplia mayoría de supervisores y jefes (47/70, el 67%) permanentes de PDF (los valores absolutos se consignan en el Cuadro 2 del Anexo).

MRI tenía en cambio a su cargo la mayoría de los puestos de supervisión de la Gerencia de Proyectos (51 supervisores contratados de estructura de MRI contra 30 supervisores permanentes) y en esa gerencia la mayoría de los operarios eran empleados de empresas contratadas (el 70,5%). Es justamente el rol de MRI en cuanto al control de los empleados de las empresas contratadas para la realización de obras el que nos interesa elucidar ahora, situándolo en el marco más general de la política de gestión de la seguridad propia de esa “empresa de enfrente” que era -inclusive para los permanentes de PDF que se desenvolvían en el sector - la Gerencia de Proyectos.

Cabe destacar por último que el nivel de responsabilidades de

MRI en materia de gestión de la seguridad llegaba hasta el nivel más alto pues uno de los dos Gerentes de Higiene, Seguridad y Medio Ambiente que figuraban en el organigrama de PDF era también un “contratado de estructura”.

2.4 El desempeño superior de la Gerencia de Proyectos de PDF

Como dijimos en el apartado metodológico nuestro interés por el rol de los contratados de estructura del Área de Proyectos fue motivado por una serie de indicios recogidos en la fase cuantitativa de la investigación.

En primer lugar, en los análisis de información secundaria provista por la empresa con anterioridad a la realización de la encuesta observamos que sobre 12 ítems de control de la auditoría externa anual del sistema gestión de la seguridad, el ítem en el que mejor calificaba la filial era el referido al desempeño de los proveedores y las empresas contratadas para la realización de las obras.

En segundo lugar, la percepción de los riesgos por parte del personal con diferentes tipos de contrato relevada por la encuesta reveló que el personal permanente de PDF tenía una percepción más negativa (percibía generalmente los mismos riesgos en un nivel más alto) mientras que los contratados de estructura tenían sistemáticamente una percepción más positiva.

El buen desempeño de la filial en la relación con las empresas contratadas no solo se verificaba en una comparación interna con otros aspectos de la gestión de la seguridad (como el respeto de las reglas, la responsabilidad de los gerentes, las competencias y la formación del personal, el cuidado del medio ambiente, la preparación para situaciones de emergencia, el análisis de accidentes, etc.) sino, sobre todo, en una comparación con el desempeño de las empresas más importantes del mismo sector industrial en esos mismos aspectos.

En el próximo cuadro resumimos una serie de testimonios que dan cuenta de lo anterior recogidos en entrevistas a directivos y en grupos focales con supervisores, inspectores y operarios, tanto permanentes de PDF como contratados de estructura y, sobre todo, con personal contratado de diferentes niveles jerárquicos que trabajaba para una de las empresas contratistas locales (la Empresa C.) que realizaba obras para PDF desde hacía muchos años.

La lectura del cuadro siguiente pone de manifiesto que en todos los niveles de la jerarquía, y cualquiera sea el tipo de contrato, la percepción de los empleados con experiencia de trabajo en otras empresas del sector coloca sin excepción la gestión de la seguridad en PDF, y en la relación con las empresas contratadas, por encima del resto de las otras empresas de primer nivel del sector presentes en la región.

Personal permanente de PDF	Gerente, 14 años en otras empresas del sector, 4 últimos años en PDF	"Trabajé para otras empresas y creo que PDF es la más comprometida, la que más invierte dinero en seguridad. Es muy superior al resto en éste aspecto"
	Jefe de Equipo, 9 años trabajando para PDF	"Tengo información sobre cómo se trabaja en otras empresas para compararlas con ésta y es el día y la noche. Se debe a que aquí PDF exige y el contratista responde"
Contratados de Estructura (MRI)	Inspector, 10 años en PDF	"la mayoría de nosotros conoció otras empresas. El nivel de seguridad de PDF es muy respetable"
	Inspector, 6 años en PDF	"Fuera de aquí se dice que somos un grupo exitoso"
Personal de empresa Contratista de Obras (Contratista C.)	Jefe de Obras, 17 años en el contratista C., 6 años trabajando para PDF	"Para el que hace el trabajo, PDF es extremista en seguridad. Pero ellos lo ven así y hay que acostumbrarse. Hay cosas que son exageradas. Cosas excesivas. Buscan todo lo máximo en error. Como extremo de seguridad es bueno, pero excesivo"
		"Nuestra empresa acepta las condiciones de PDF. Como los reportes de anomalías y los permisos de trabajo a nivel de supervisores. El supervisor de campo acepta las condiciones de PDF, las evalúa y hace las cosas. Siempre estamos acompañados por gente de PDF al hacer los trabajos".
		"PDF es mucho más exigente que otras empresas. Esa exigencia se mantuvo y tiende a crecer. En los años que estoy aquí la exigencia nunca disminuyó, siempre fue en aumento".
	Supervisor, 10 años trabajando para PDF	"siempre van aumentando las medidas de seguridad. Cambian todo el tiempo, traen cosas nuevas"
	Supervisor, 6 años trabajando para PDF	"PDF es mucho más exigente. Trabajé en la empresa 'X' en 1999 y en 'Y' en 2003 (otras dos grandes empresas del sector). No sé si cambiaron después"
	Operario, 6 años trabajando para PDF	"La seguridad fue cambiando. Antes había un veedor de seguridad de PDF que imponía las cosas. Se fue abandonando la etapa antigua de imponer. Actualmente son más amigos que jefes de seguridad. Saben llegar, saben conversar. Basás tu experiencia en la de ellos para llegar a un punto en común. Cosas muy buenas como los cursos, los EPP, te dan las herramientas, pero está en uno saber usarlas. Todos tenemos momentos flojos y nos confiamos, subimos sin arnés, hacemos mala fuerza... tenemos que mentalizarnos".
Cuadro 2: testimonios recogidos en entrevistas y grupos focales sobre el desempeño de PDF en seguridad comparado con otras empresas similares del sector. Fuente: entrevista a gerentes; grupos focales MRI y Contratista C. Encuesta Cultura de Seguridad.		

2.5 La política de gestión de riesgos de la Gerencia de Proyectos

Veamos ante todo la política de la Gerencia de Proyectos de PDF respecto al personal de empresas contratada que realizaban obras para la empresa. En el próximo cuadro presentamos una serie de testimonios del Director de Construcciones, empleado permanente de PDF con 17 años de experiencia en la empresa, que estaba a cargo de la Gerencia de Proyectos desde el momento de su creación.

Según el testimonio del Director de Construcciones de PDF, la Gerencia de Proyectos de la empresa utilizaba con rigor una herramienta convencional de control de las empresas contratadas como los permisos de trabajo, pero esperaba además que dichas

empresas se hiciesen cargo con autonomía - es decir, mediante personal propio - de la gestión de la seguridad en las obras a su cargo (como lo reconocía el operario de la empresa C. cuyo testimonio reportamos en el cuadro 2). Como contrapartida, los supervisores - los permanentes de PDF y los contratados de estructura - realizaban recorridos diarios, la Gerencia de Proyectos ofrecía apoyo a las empresas contratadas capacitando sus supervisores y operarios y estimulaba a sus operarios para que reportasen anomalías. Estas políticas, y en particular el hecho de confiar - apoyándolos para que desarrollen las capacidades necesarias - en la profesionalidad de las empresas contratadas constituían, sin embargo, en el seno de PDF, una política de seguridad distintiva de la Gerencia de Proyectos.

Elemento	Testimonio
Permisos de Trabajo	"Somos muy rigurosos con los permisos de trabajo"
Reportes de anomalías	"Estimulamos al personal de las empresas contratadas para que reporte anomalías; le damos algún premio de merchandising de la empresa".
Personal especializado del Contratista	"Les exigimos a las empresas contratadas que tengan personal de seguridad".
	"No se justifica una doble supervisión, nuestra y de la empresa contratada. He tenido que convencer a los responsables de seguridad de PDF: '¿cómo dejamos la custodia de las ovejas al lobo?', nos decían. No es así - les respondí - son profesionales de la seguridad, no son el lobo".
Supervisión a cargo del Contratista	"Mis supervisores hacen cada día una recorrida y, con menos frecuencia, yo también".
	"El personal de seguridad de las empresas contratadas hace rondas en forma permanente".
Formación de la Supervisión y los Operarios de los Contratistas	"Implementamos talleres para la supervisión de las empresas contratadas, y después de los talleres de supervisores empezamos a trabajar con las bases, los obreros"
	"No me preocupa que sea personal de empresas contratadas, porque estamos muy adiestrados en saberlos adiestrar, y no es que estamos confiados: sabemos llegarle a la gente"
	"Esperamos que los empleados de las empresas contratadas identifiquen los problemas por sí mismos. Siendo participativos les queda más que si les damos cátedra".

Cuadro 3: la política de seguridad de la Gerencia de Proyectos de PDF vis-à-vis de las empresas contratistas de obras. Fuente: Entrevista al Gerente de Construcciones de PDF. Encuesta Cultura de Seguridad.

2.6 Los contratados de estructura en la Gerencia de Proyectos

¿Qué tipo de vínculos existían entre los contratados de estructura y los jefes y supervisores permanentes de PDF, así como con los supervisores y empleados de los contratistas, que pudiesen explicar la buena evaluación interna del desempeño de la Gerencia de Proyectos (por parte de la consultora que auditaba anualmente el sistema de gestión) y la reputación externa de PDF como una “escuela de seguridad” entre los contratistas del sector?

En un grupo focal con supervisores contratados de estructura de

MRI recogimos los siguientes testimonios sobre la cuestión que se resumen en el próximo cuadro.

Factor	Razones del buen desempeño de la Gerencia de Proyectos
Supervisores de MRI bajo la supervisión cotidiana de PDF	Cuando ellos - los supervisores permanentes de PDF - firman un permiso, se controlan a sí mismos. Es muy difícil ser autocrítico sobre los errores de uno mismo" (Coordinador ^[9] MRI, 6 años).
	"Las exigencias de los permisos de trabajo siempre son mayores con nosotros que las que PDF tiene consigo misma. Tienen más contemplaciones internamente" (Supervisor MRI, 10 años).
	"Como contratistas nos exigen cumplir todas las normas, en borrador o por aplicarse, y a gusto y placer del (personal jerárquico de PDF) que esté de turno. Espero que sigan así" (Coordinador MRI, 6 años).
	"Además de nuestros propios controles la gente del sitio nos controla a fondo" (Coordinador MRI, 6 años).
Supervisión a cargo del Contratista	"Para leer un permiso nosotros necesitamos un bibliorato con un lay-out y procedimientos, más un inspector propio, uno de PDF, etc. Las medidas de control son más agresivas" (Coordinador MRI, 6 años).
	"Tenemos que respetar un montón de normas y especificaciones. Los riesgos que corremos son mínimos": llevamos un permiso con una firma nuestra, luego la firma del coordinador de seguridad, también la del gerente de seguridad y, por último, la firma del responsable de seguridad de todo el sitio" (Coordinador MRI, 10 años).
Trabajo en equipo entre los supervisores de MRI y los supervisores de los contratistas (presencia en el terreno)	"La clave es nuestra presencia o la de un inspector de seguridad del contratista. Es la pata de conejo. Esto es lo que debería modificarse en la cultura de seguridad de otros sectores. Trabajar en equipo con los contratistas. La figura del supervisor es la clave" (Inspector de Seguridad MRI, 10 años).

Cuadro 4: la “pata de conejo” de la gestión de la seguridad en las obras a cargo de empresas contratistas de obras. Fuente: Focus group con contratados de estructura de MRI. Encuesta Cultura de Seguridad.

Los contratados de estructura de MRI, comenzando por el supervisor designado como coordinador general del grupo, consideraban entonces que la clave del buen desempeño de la Gerencia de Proyectos comparativamente con otros sectores de PDF se debía a que eran objeto cotidianamente de un control estricto y externo en la aplicación de las normas, reflejado en un procedimiento que comportaba varios niveles de firma para la aprobación de los permisos de trabajo ^[10].

Un Inspector de Seguridad de MRI señalaba a su vez que la clave, el “amuleto” ^[11] que garantizaba la seguridad, era el trabajo en

equipo entre los supervisores de MRI (y de PDF) y los supervisores de los contratistas, para asegurar la presencia permanente de unos u otros en el terreno.

Procedimientos estrictos, supervisión redundante (trabajando en equipo), que se suman al “enfoque participativo” del Gerente de Construcciones de PDF, consistente en responsabilizar a los operarios, pero ofreciéndoles la capacitación necesaria, como lo reconocían ellos mismos - y sus supervisores - en sus testimonios.

2.7 Ventajas e inconvenientes del status de contratado de estructura

En un grupo focal en el que participaron 10 inspectores del Área de Proyectos (inspectores de seguridad, calidad, electricidad, cañerías, etc.) de la empresa MRI, los presentes se expresaron del modo siguiente en cuanto a las particularidades de la relación contractual que los vinculaba con PDF (es importante mencionar que el nivel de salarios - absoluto o comparado con el personal de PDF - nunca fue mencionado por los entrevistados como un problema).

Aspectos positivos	Aspectos problemáticos
“Los contratados de estructura reciben la misma formación que el personal permanente de PDF” (Gerente PDF)	“PDF te da la ropa, pero tendríamos que tener la de MRI” (inspector MRI, 10 años).
“Somos contratistas pero estamos en la estructura de PDF” (Jefe MRI, 6 años)	“No tenemos a quién reclamar. MRI se lava las manos y PDF también” (Supervisor MRI, 10 años).
“Representamos a PDF frente a los contratistas” (Supervisor MRI, 10 años)	“No tenemos perspectivas de progreso, estamos siempre en la misma posición” (inspector MRI, 6 años). “Es una jugada, tercerizar para eso” (supervisor MRI, 10 años).
“Controlamos a las empresas contratistas, en representación de PDF (Inspector MRI, 10 años)	“Si todo va bien, seguís, si algo pasa, te vas” (inspector MRI, 10 años).
	“se trabaja bastante bien y se vive como se puede” (Inspector MRI, 10 años).

Cuadro 5: aspectos positivos y problemáticos del status de contratado de estructura.
Fuente: grupo focal contratados de estructura de la Gerencia de Proyectos, entrevistas a gerentes. Encuesta Cultura de Seguridad.

Como ya dijimos, los contratados de estructura de MRI ocupan una posición en la jerarquía de la organización donde trabajan (por eso se los denomina “de estructura”), que no es aquella que paga sus salarios (por eso se los llama “contratados”, aunque fueren empleados permanentes de MRI), representando a PDF ante los contratistas que realizan obras para ella. Esa integración en el organigrama de PDF implica beneficios, principalmente en materia de formación, pero también problemas, no sólo de identidad (“tendríamos que tener la ropa de MRI”) sino también en cuanto

a oportunidades de carrera y de representación en caso de problemas (“no tenemos a quién reclamar”), lo cual se percibe como una estrategia destinada a debilitar su posición reivindicativa (“es una jugada”) que limita la capacidad de reacción de los contratados de estructura al plano individual (“si algo pasa, te vas”). La declaración “se vive como se puede” es, en cambio, la punta del iceberg de problemas inherentes a la calidad de vida en los campamentos. En la encuesta formulamos preguntas sobre riesgos para la salud que no se limitaban a los de carácter físico e incluían otros, como el stress y la ansiedad, que como se verá a continuación, aparecieron claramente enfatizados por los contratados de estructura.

2.8 Una clara prevalencia de los riesgos psicosociales

Cuando interrogamos al Director de Construcciones de PDF sobre los riesgos laborales que debía combatir nos mencionó los mismos riesgos tradicionalmente tenidos en cuenta en las estadísticas corporativas de frecuencia y gravedad de los accidentes - y por consiguiente en las políticas de seguridad - de ésta y otras grandes empresas del sector: “Son los riesgos físicos propios de la construcción en cualquier lugar o sitio, sumado a ellos el trabajo en áreas de proceso con peligros de incendio y explosión”. Según los resultados de la encuesta de percepciones, esos riesgos “clásicos” se consideraban, sin embargo, satisfactoriamente controlados (con un índice de 6,3/10). Además de la preocupación por la preservación del empleo - significativamente mayor, como podía esperarse, entre el personal de las empresas contratadas - los factores más importantes de riesgo para la salud identificados por quienes respondieron la encuesta eran los riesgos de carácter psicosocial, como el estrés y la ansiedad.

	Permanentes PDF	Contratados de Estructura	Personal de Contratistas de Obras	Promedio general
Uso de Equipos de Protección Individual	8,3	8,4	7,9	8,2
Respeto de las normas de trabajo seguro	7,0	7,7	7,5	7,4
Diseño del entorno de trabajo	7,0	6,9	6,6	6,8
Gestión de los riesgos (físicos)	6,4	6,0	6,4	6,3
Información y formación de los empleados	5,9	6,0	6,5	6,2
Estrés y presión	4,5	5,9	6,1	5,6
Ansiedad	5,6	5,7	5,4	5,5
Eficacia de las acciones de salud	5,7	5,3	5,3	5,4
Preservación del empleo	6,3	4,8	3,7	4,8

Cuadro 6: Primeras decisiones positivas de indemnización de una incapacidad permanente por una enfermedad profesional de la lista en el sector privado.

Nota: por debajo de 6,5 (insatisfactorio), de 6,5 a 7,5 (bueno), 7,5 y más (excelente).

Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad.

Como surge del cuadro anterior (que ordenamos de mejor a peor promedio general), no obstante la elevada antigüedad promedio del personal contratado de estructura y del personal de las empresas contratadas a cargo de las obras, la preocupación por la estabilidad del empleo los distinguía claramente del personal permanente de PDF.

En cuanto a la baja eficacia de las acciones de salud, uno de los aspectos que mayores reclamos suscitó luego en los grupos focales fue - como se verá en el próximo cuadro - la ausencia de apoyo psicológico para hacer frente a los problemas de ansiedad.

El stress y la ansiedad eran, en efecto, un problema generalizado, que predominaba ampliamente sobre los riesgos de carácter físico (contaminaciones, incendios, explosiones, torceduras, etc.) en cuya reducción PDF no escatimaba esfuerzos ni inversión. El stress y la ansiedad afectaban sobre todo, sin embargo, al personal permanente de la empresa y, como se observa en el próximo cuadro, a los gerentes y jefes (sobre todo el estrés) más que a los supervisores y empleados.

	Gerentes	Jefes	Supervisores	Empleados	Empleados
Ansiedad	5,1	5,3	5,6	5,6	5,5
Estrés y presión	4,6	4,1	5,5	5,8	5,6

Cuadro 7: ansiedad y estrés, según niveles jerárquicos.
Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad.

Llamativamente, la insatisfacción debida a los riesgos psicosociales nos fue planteada en forma catártica cuando evocamos el problema de la ansiedad revelado por la encuesta en la entrevista grupal que realizamos a los contratados de estructura, permanentes de la empresa MRI, que trabajaban en la Gerencia de Proyectos de PDF. ¿Por qué el problema surgió con tanta fuerza en esa entrevista grupal y no en otras, pese a lo generalizado del fenómeno?

Según nuestra hipótesis, sobre la cual volveremos más adelante, se debió a que la insatisfacción de los contratados de estructura era cotidianamente potenciada por las diferencias existentes de calidad de vida en el sitio entre ellos y los permanentes de “la empresa de enfrente”, insatisfacción agravada por el contraste entre la falta de escucha por parte de PDF respecto a la manifestación de tales diferencias y la consciencia por parte de quienes los sufrían, de los buenos resultados que la Gerencia de Proyectos estaba logrando al “trabajar en equipo” bajo estándares

de mayor exigencia (exagerada, según varios testimonios) con los supervisores y empleados de las empresas contratadas a cargo de las obras, gracias al rol clave desempeñado por los contratados de estructura.

Factor	Razones del buen desempeño de la Gerencia de Proyectos
Ansiedad, estrés	“Este trabajo es para enloquecer. Varios de nosotros estamos en un proceso terrible” (Inspector MRI, 10 años).
	“Algunas personas han debido abandonar el trabajo por estrés. Si pasa eso, hay que evaluarlo” (Inspector MRI, 10 años).
Turnos	“Otro problema son los turnos” (Inspector MRI, 10 años). Esta afirmación fue seguida de un debate sobre la conveniencia de turnos cada 15 o 21 días.
	“Mi objetivo es lograr que el trabajo por turnos se declare insalubre” (técnico de seguridad de PDF).
	“La demanda psicológica que hay aquí es enorme. Este trabajo no ha sido declarado insalubre, pero psicológicamente lo es” (Médica subcontratada, Servicio Médico PDF).
Horarios	“Te describo mi día: de 6 a 7 desayuno, trabajo hasta las 12 y media y pausa para comer; luego trabajo y cena de 8 y media a 10. Mucho horario estricto; no podemos salir para ir a tomar una cerveza al pueblo cercano. Te monitorean dónde estás. Es el Gran Hermano. ¿Y qué pasa en tu casa mientras estás acá? (fallecimiento, nacimiento...)” (Inspector MRI, 10 años)
	“Luego del horario de trabajo seguís en el trabajo, porque no te podés ir y porque siempre estás disponible para emergencias” (Supervisor MRI, 10 años)
Habitación	“Hay poco espacio en los trailer. Dos personas están incómodas. Estás hacinado. Trabajo 12 horas, me peleo con mi compañero en el trabajo y luego tengo que dormir con él en la misma habitación. ¡No tengo escapatoria! A un compañero lo eché una vez del trailer. Vivís, discutís, comés con él y encima dormís. ¡Dame por favor al menos dos horas de aislamiento, de vida personal!” (Inspector MRI, 10 años)
Comunicaciones	“No tenemos internet. Lo pusieron en el edificio donde se aloja el personal permanente, pero aquí no llega. Si tenemos notebook no la podemos usar. INTERNET es un tema” (Coordinador MRI, 6 años)
	“Nos dan una tarjeta telefónica que nos habilita para hablar una hora por mes: ¡no alcanza para nada! Nos mandan todos los meses la cuenta de lo que gastamos por teléfono. Hablamos, sí, pero con la espada de Damocles y con culpa” (Inspector MRI, 6 años).
Alimentación	“Aumentamos varios kilos entre el comienzo y el fin de cada turno” (Inspector MRI, 6 años)
	“La dieta es un problema. En materia de prevención, no se hace hincapié en la nutrición. Nos ocupamos del trabajo, pero no de la nutrición” (Médica subcontratada, Servicio Médico).

Factor	Razones del buen desempeño de la Gerencia de Proyectos
Recreación	"La cancha de paddle no sirve de mucho, el clima es muy riguroso. Hay que mejorar la recreación. El deporte te ayuda: ¿por qué no construir un buen gimnasio? (supervisor MRI, 10 años)
	"El césped - que rodea los tráiler- nos lo dio PDF, pero la mano de obra la pusimos nosotros. El pasto, el riego, todo lo hicimos nosotros, por un sentido de pertenencia" (supervisor MRI, 10 años).
	"Los decodificadores los puso PDF pero los televisores los compramos nosotros" (Inspector MRI, 10 años).
	"Tuvimos que esperar mucho para conseguir que la empresa colocara un camión de tierra en la cancha de fútbol". (Inspector, 6 años).
Apoyo psicológico	"Lo hablamos entre compañeros y pensamos que no sería descabellado crear un gabinete psicológico, alguien que venga tres veces por semana es algo que se podría implementar" (Supervisor MRI, 10 años).
	"No se le presta la debida atención al desarraigo. Gente que está entre 21 o 28 días lejos de su hogar. Tiene necesidad de un psicólogo, por el tema familia. Hay personas divorciadas por segunda o tercera vez, y son la mayoría. Yo no tengo hijos, pero el que tiene sufre mucho. En patología hay cosas que tienen que ver con eso. Te ponés hablar con ellos y ya se les pasa, simplemente escuchándolos. Pero no soy psicóloga" (Médica subcontratada, Servicio Médico PDF).
Cuadro 8: los riesgos psicosociales propios de su trabajo, según los contratados de estructura. Fuente: grupo focal contratados de estructura y entrevistas. Encuesta Cultura de Seguridad.	

Los problemas sociales (como los repetidos divorcios) y de salud resultantes de lo anterior no eran consecuencia de cada tipo de problema individualmente sino de los círculos viciosos instaurados en su articulación, que derivaban por ejemplo en problemas de alcoholismo, obesidad y depresión, cuando no en problemas físicos no declarados como las lesiones en prácticas deportivas realizadas sin el adecuado contexto y supervisión, que luego se ocultaban para hacerlas pasar por accidentes laborales. En una situación como ésta, no llama la atención que concentrarse en el trabajo de cada día fuese considerado por muchos como una tranquilizadora evasión.

2.9 La incomprensible manifestación de los riesgos psicosociales

¿Cuál fue la reacción de los altos directivos de la filial cuando presentamos los resultados de la encuesta, dedicando un apartado especial a los riesgos psicosociales y la calidad de vida de los empleados de la empresa de enfrente?

Una diferencia común cuando se comparan las respuestas a la encuesta según niveles jerárquicos reside en la percepción comúnmente más favorable del funcionamiento del sistema de

gestión de la seguridad por parte de los niveles más altos. Y una reacción inicial también habitual cuando a dicho contraste consiste en interpretar la diferencia como una consecuencia de que "se trata de percepciones de los operadores, no de la realidad objetiva". No resulta difícil explicar luego que la encuesta recoge percepciones también en el caso de los supervisores, los jefes y los gerentes. Comienza entonces un proceso de elaboración que generalmente culmina con el respeto de la percepción de los operadores y la realización de grupos focales para recoger explicaciones y sugerencias concretas de mejora.

Pese a estar preparados para enfrentar ese tipo de reacciones, grande fue nuestra sorpresa por la que tuvo lugar cuando nos referimos - estimulados a hacerlo "sin complacencias" por el Director Corporativo de Seguridad de la multinacional- al conjunto de cuestiones que surgieron en el grupo focal de los contratados de estructura y en la entrevista a la médica contratada responsable del servicio médico del campamento.

El Director de Seguridad de la filial - a quien habíamos comentado previamente esos testimonios - simplemente los (des)calificó empleando para ello el término "bulshit". El Gerente de Operaciones a cargo de la seguridad en el campamento donde recogimos los testimonios afirmó: "cuando comencé a trabajar en este oficio hace treinta años sabía a lo que me atenía. Era muy difícil comunicarme con mi familia". Ante lo cual un gerente de la sede corporativa que había trabajado largo tiempo en el campamento, agregó: "El problema está en la selección del personal. Quienes no toleran éste tipo de trabajo no deberían ser admitidos".

No se trató entonces de una reacción natural de sorpresa ante el contraste de opiniones sino de un franco y tajante rechazo por parte de los principales responsables de la seguridad. Como si los problemas planteados fueran ininteligibles. ¿Por qué?

3. CONCLUSIÓN

"Según el filósofo Heidegger, lo que menos vemos es nuestro par de anteojos" (Riveline, 2010)

¿A qué se debió la reacción negativa de los altos directivos de PDF cuando reportamos ante ellos los testimonios de los contratados de estructura del Área de Proyectos? Según la metáfora que propone Heidegger, posiblemente obedeció a la invisibilidad de los anteojos utilizados en la empresa para observar los riesgos. El Área de Proyectos era exitosa porque satisfacía los indicadores (KPI) clave utilizados para evaluar el funcionamiento del sistema de gestión y el desempeño de los gerentes. ¿Qué necesidad había entonces de replantear las condiciones de vida y/o el estatus de los contratados de estructura si el sector en el que trabajaban funcionaba tan bien y en forma tan satisfactoria para quienes eran evaluados en función de ello ^[12]? Cabe anotar que el desarrollo y la inclusión de indicadores sobre riesgos

psicosociales en una empresa petrolera recién dio sus primeros pasos en una firma noruega vanguardista dos años después de la realización de nuestra encuesta (Vestly Bergh, Hinna, Leka, & Jain, 2014).

Ahora retomemos las preguntas iniciales de la introducción: ¿Quién era Manuel y en qué consistía su status de contratado de estructura?

Desde un punto de vista conceptual, podemos caracterizar la categoría contratado de estructura como una “forma plural” (Bradach & Eccles, 1989). Las formas plurales son formas híbridas resultantes de la combinación de tres tipos básicos de coordinación: el mercado, la jerarquía y la red. En este caso se trata de una red (de una empresa contratada) cuyo personal está literalmente embebido (*embedded*) en la jerarquía de PDF.

¿A qué se debía la eficacia del Área de Proyectos, que tanto nos sorprendió dada la insatisfacción manifestada por sus miembros? Según Bradach y Eccles (op. cit), las combinatorias plurales permiten compensar los defectos de una forma de coordinación con las virtudes de otra forma de coordinación ^[13]. Asimismo, los buenos resultados del Área de Proyectos podían atribuirse al liderazgo participativo de su gerente fundador, empleado permanente de PDF que imprimió su estilo personal de gobierno al funcionamiento del área convirtiéndola en un punto de referencia (*benchmark*) interno.

¿A qué se debía la insatisfacción de los contratados de estructura sobre la calidad de vida en la parte del campamento en la cual habitaban y tenían su oficina? Si bien no reclamaban ser incorporados al plantel estable de PDF (deseaban por el contrario contar con ropa distintiva de MRI), la mayor exigencia a la cual eran sometidos ^[14], y el menor apoyo ^[15] y reconocimiento ^[16] que comparativamente recibían por sus logros provocaban en ellos una gran insatisfacción, que según el modelo clásico de demandas/control (Karasek, 1999), reforzado por el sentimiento de injusticia vis-à-vis de “la empresa de enfrente”, eran la fuente de su ansiedad y su estrés.

Si esta hipótesis fuese correcta, ¿por qué entonces la ansiedad y el estrés afectaban también (cfr. cuadros 6 y 7) a los permanentes de “la empresa de enfrente”?

La respuesta a ésta pregunta se relaciona probablemente con el “estilo de vida” de los petroleros, muy bien caracterizado por el siguiente testimonio de un empleado permanente muy particular de PDF, un ingeniero-psicólogo, gerente de operaciones expatriado que se desempeñaba en otro de los campamento patagónicos de la empresa ^[17]: “*El mayor problema en esta industria es que tenemos un sistema de trabajo desastroso para la vida familiar, y que ese problema se tapa con dinero. Es un tironeo permanente que provoca problemas psicológicos, un problema internacional específico de la profesión*” ^[18].

El punto en común entre los problemas de relación familiar derivados del trabajo en largos turnos y los problemas de calidad de vida (habitación, alimentación, esparcimiento, comunicaciones)

en los campamentos son, en efecto, los problemas de sociabilidad. Sociabilidad interna a la familia de cada trabajador y sociabilidad en la pequeña comunidad que son los campamentos y las plataformas offshore. En otras palabras, riesgos específicamente sociales, con consecuencias psicológicas como el estrés y la ansiedad que afectaban no solo a los contratados de estructura, y que no se resolvían mediante el pago de altos salarios relativos, es decir, monetizando la asunción de los riesgos psicosociales. Se comprende así el verdadero alcance que puede atribuirse al término “higiene” propuesto por Herzberg ^[19], tan caro a los profesionales de la gestión de riesgos.

Esta conclusión es extrapolable conceptualmente ^[20] al caso de otras profesiones que comparten con la petrolera el “estilo de vida” propio del trabajo en turnos largos y en comunidades aisladas, como sucede por ejemplo con los militares, los marineros, los mineros o la tripulación de los aviones y las misiones espaciales y, en el caso de los petroleros, con quienes trabajan en las plataformas offshore y los campamentos de tierra firme.

Desde un punto de vista metodológico, casos particulares como el analizado tienen valor especial cuando permiten realizar observaciones poco comunes, como sucedió con los estudios de la mente realizados gracias al empleado ferroviario Phineas Gage que sobrevivió doce años - con importantes cambios en su conducta - tras un accidente que sufrió en 1861 en el que perdió gran parte del lóbulo frontal de su cerebro (Damasio, Grabowski, & Frank, 1994; Siggelkow, 2007). Dichas observaciones tuvieron lugar en nuestro caso durante la fase cualitativa de la encuesta, que nos permitió indagar flexible pero sistemáticamente sobre las cuestiones que emergieron en las entrevistas. Es importante remarcar además que la unidad de análisis del caso estudiado incluyó la empresa contratante y su red de subcontratistas, lo cual es una práctica inhabitual en las encuestas de éste tipo pese al altísimo grado de tercerización que caracteriza la actividad (no solo) de las grandes empresas petroleras, que en el caso de PDF involucraba al 71,2% de las personas entrevistadas.

En cuanto a las posibles soluciones para los problemas constatados, fue fácil decir, como lo hicimos ante los directivos de la empresa, que las mejoras reclamadas por los contratados de estructura - extender la red de banda ancha, construir un gimnasio, contratar un psicólogo para el servicio médico... - podían realizarse a muy bajo costo y que el cambio podía facilitarse sin necesariamente modificar el status de los contratados de estructura si se suprimía, como sucedía en otros campamentos de la empresa, la escisión espacial de la oficina del Área de Proyectos. Tal vez el paciente tuviese razón al negarse a cambiar de anteojos.

En efecto, dos de los accidentes más graves de los últimos años en el ámbito petrolero (la gran explosión en la refinería de Texas City en 2005 y el escape masivo en el pozo petrolero del Golfo de México en 2010) han sido atribuidos por los investigadores al énfasis en la gestión a corto plazo (en los indicadores anualizados de incentivos basados en la tasa de frecuencia/gravedad de los

accidentes laborales) que, combinada con la frecuente rotación de los directivos entre unidades de negocios, tuvo lugar en detrimento de la gestión de los riesgos operacionales o, en otros términos, de la prevención de los riesgos mayores (Hopkins & Maslen, 2015). Como argumentan los autores citados, los eventos de este tipo son por definición infrecuentes, y la fragilización de las instalaciones debida al descuido de la gestión del riesgo operacional no necesariamente produce efectos inmediatos. El accidente catastrófico puede tardar años, en efecto, hasta abandonar el estado de latencia.

La franca aceptación de los aspectos negativos del estilo de vida petrolero hará posible aprovechar oportunidades que hoy están al alcance de la mano para mejorar sustantivamente la vida social, y por su intermedio la salud mental, la estabilidad familiar, la capacidad productiva y la seguridad laboral de los trabajadores de la profesión. Cuando recomendamos un ajuste en la graduación de los anteojos no estamos preconizando el descuido de los riesgos mayores. Por el contrario, nos parece necesario incorporar estos últimos a una agenda integrada, multifocal, de investigaciones y de acción.

4. ANEXO

Tipo de Contrato/ antigüedad	1 año		1 – 3 años		4 – 10 años		+ 10 años		Total
Permanentes PDF	65	12,3	66	12,4	223	42,2	175	33,1	529
Contrat. de Estruct.	51	8,8	88	15,1	278	48	164	28,2	581
Pers. de contratista	155	21,3	117	16,1	334	46	120	16,5	726
Total	271	15	271	15	835	45,5	459	25	1836
Cuadro 1: “antigüedad” del personal que se realiza actividades en PDF, según tipos de relación contractual (en valores absolutos). Fuente: Encuesta Cultura de Seguridad.									

	Producción	Mantenimiento	Proyectos	Extracción	Logística	HSE	Otros	Totales	%
Permanentes PDF	58	58	71	42	22	27	250	528	28,2
Empleados	7	10	15	7	3	1	81	124	6,8
Supervisión	38	28	30	21	10	20	92	239	13
Jefatura	13	19	25	12	8	5	70	152	8,3
Gerencia		1	1	2	1	1	7	13	0,7
Contratos. de Estr.	105	152	95	54	56	32	87	581	31,6
Empleados	91	129	44	33	43	25	70	435	23,7
Supervisión	13	23	51	20	13	6	17	143	7,8
Jefatura	1			1				2	0
Gerencia						1		1	0
Contratos. de Obras	24	45	181	124	80	17	256	727	39,6
Empleados	14	39	141	103	64	13	227	601	32,7
Supervisión	9	6	37	21	15	4	28	120	6,5
Jefatura	1		2		1			5	0
Gerencia			1					1	0
Totales	187	255	357	220	158	76	593	1836	100
Cuadro 2: tipos de contratos por área de PDF y niveles jerárquicos (en valores absolutos). Fuente: encuesta Cultura de Seguridad.									

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramo, L., & Abreu, A. (1998). "Um olhar de genero". Visibilizando precarizações ao longo das cadeias productivas". In L. Abramo & A. de Paiva Abreu (Eds.), *Gênero e trabalho na sociologia Latino-americana*. São Paulo/Rio de Janeiro: ALAST/SERT.
- Bradach, J., & Eccles, R. (1989). "Price, authority, and trust: From ideal types to plural forms." *Annual Review of Sociology*, 15, 97-118.
- Cantero, J. (2008). *La gouvernance de la gestion des risques industriels: entre la sécurité et la performance économique. Le cas des plateformes chimiques rhône-alpines*. Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences de Gestion. Université Jean Moulin Lyon 3, France.
- Damasio, H., Grabowski, T., & Frank, R. (1994). "The return of Paineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient." *Science*, 264(5162), 1102-1105.
- Eisenhardt, K. (2008). "Generalization from qualitative inquiry." In K. Ercikan & R. Wolff-Michael (Eds.), *Generalization from Educational Research. Beyond Qualitative and Quantitative Polarization* (pp. 51-67). Taylor & Francis.
- Herzberg, F. (1968). "One more time. How do you motivate employees?" *Harvard Business Review*, 46(1), 53-62.
- Hopkins, A., & Maslen, S. (2015). *Risky Rewards. How company bonuses affect safety?* Surrey, UK: Ashgate.
- Hubinger, L., Parker, A. W., & Clavarino, A. (2002). "The Intermittent Husband. Impact of home and away occupations on wives/partners." In *Queensland Mining Industry Health and Safety Conference 2002* (pp. 81-91). Townsville, Australia.
- Johnstone, R. (2005). "Regulating occupational health and safety in a changing labour market" (No. Working Paper 34). *National Research for Occupational Health and ...* Working Paper 34. The Australian National University. Canberra.
- Johnstone, R., Mayhew, C., & Quinlan, M. (2005). "Outsourcing Risk? The Regulation of Occupational Health and Safety Where Subcontractors are Employed." *Comparative Labor Law and Policy Journal*, 22, 351-394.
- Karasek, R. (1999). "El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos." In *OIT. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. OIT.
- la Garza, E. De, & Valdivia, J. M. (1998). Reestructuración y cambio en las relaciones laborales en la telefonía mexicana. In *Privatización de las telecomunicaciones en América Latina*. EUDEBA.
- Lee, T. W. (1999). *Using Qualitative Methods in Organizational Research. Organizational Research Methods Series*. Sage publications. London.
- Leite, M. (2003). *Trabalho e sociedade em transformação. Mudanças produtivas e atores sociais*. Sao Paulo: Fundação Perseu.
- Lewis, J., Porter, M., & Shrimpton, M. (1988). *Women, work and family in the British, Canadian and Norwegian offshore oil-fields*. London: McMillan.
- Mayhew, C., Quinlan, M., & Ferris, R. (1997). "The effects of subcontracting/outsourcing on occupational health and safety: survey evidence from four Australian industries." *Safety Science*, 25(1), 163-178.
- Morrice, J., & Taylor, R. (1978). "Intermittent Husband Syndrome." *New Society*.
- Nossar, I., Johnstone, R., & Quinlan, M. (2003). "Regulating supply-chains to address the occupational health and safety problems associated with precarious employment: The case of home-based clothing workers in Australia" (No. 21). Working Paper 31. National Research Centre for OHS Regulation. The Australian National University.
- Parkes, K. (2002). *Psychosocial aspects of work and health in the North Sea oil and gas industry*. HSE Books.
- Parkes, K. (2010). *Offshore working time in relation to performance, health and safety*. Norwich, UK: RR772 Research Report. Health and Safety Executive.
- Parkes, K., & Byron, J. (2001). *Psychosociological aspects of work and health in the UK oil and gas industry: a survey on onshore sites, and comparisons with offshore installations*. Sudbury: HSE Books.
- Parkes, K., & Clark, M. (1997). *Psychosociological aspects of work and health in the UK oil and gas industry. Part IV: The offshore environment in the mid-1990s: A survey of psychosocial factors*. Sudbury: HSE Books.
- Parkes, K., & Razawi VI, T. (1996). "Psychosociological aspects of work and health in the North Sea oil and gas industry. Part II. A five-year follow up study (1990-1995) of offshore and onshore personnel." Sudbury: HSE books.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2).
- Riveline, C. (2010). "The prince's eye-glasses." *Gérer et Comprendre*, (100).
- Rousseau, D. M., & Libuser, C. (1997). "Contingent Workers in High Risk Environments." *California Management Review*, 39(2), 103-123. doi:10.2307/41165889
- Siggelkow, N. (2007). "Persuasion with case studies." *Academy of Management Journal*, 50(1), 20-24.
- Tazi, D. (2010). "Subcontracting, outsourcing of maintenance and safety: a literature review." *Doc. ICSI*. Retrieved June 2, 2014, from http://www.icsi-eu.org/docs/en/subcontracting-outsourcing-of-maintenance-and-safety-f29?id_cible=1
- Vestly Bergh, L. I., Hinna, S., Leka, S., & Jain, A. (2014). "Developing a performance indicator for psychosocial risk in the oil and gas industry." *Safety Science*, 62, 98-106. doi:10.1016/j.ssci.2013.08.005

Walter, J. (2000). "Technological Adaptation and 'Learning by Cooperation'. A Case Study of a Successful Onshore Technology Transfer in Tierra del Fuego." *The Journal of Technology Transfer*, 25(1), 13-22. doi:10.1023/A:1007878819270

Walter, J., Poy, M., & Darmohraj, A. (2009). "L'agir en sécurité. Confiance, intelligence de la règle et coopération." In I. de Terssac, Gilbert; Boissières (Ed.), *La sécurité en action* (pp. 207-223). Edit. Octarès.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Walter, J. (2015). Riesgos sociales del trabajo en turno largo. Vida familiar y laboral en crisis en un campamento petrolero patagónico. *Laboreal*, 11 (2), 36-52.

<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215jw>

NOTAS

- [1] En América Latina, la tercerización fue el principal medio para un "ajuste flexible de la cantidad de fuerza de trabajo según las necesidades de la producción y del mercado" (E De la Garza & Valdivia, 1998: 203). Según las revisiones bibliográficas realizadas por Lais Abramo para el continente americano y por Marcia Leite para el caso brasileño, la situación laboral en las cadenas productivas se caracterizaba a fines de la última década del siglo pasado por la precarización del trabajo "...como consecuencia del uso intensivo de mano de obra mal pagada, el empleo de equipamientos obsoletos, la informalidad o la ausencia de contratos de trabajo, los bajos niveles de calificación y los métodos de gestión paternalistas o despóticos" (Abramo & Abreu, 1998: 47), así como por el "...mantenimiento del trabajo repetitivo y descalificado, el aumento de los ritmos, la intensificación del control, las pérdidas de beneficios, la disminución de los niveles salariales, la precarización del empleo y la elevación de la incidencia de las dolencias profesionales" (Leite, 2003: 208).
- [2] El diseño del cuestionario lo realizamos en el marco de un convenio de cooperación entre el Centro de Investigaciones por una Cultura de Seguridad (CICS) de la Universidad de San Andrés en Argentina (<http://www.udes.edu.ar/Unidades-Academicas/Centros/Investigaciones-por-una-Cultura-de-Seguridad/El-centro>) y el Institut pour une Culture de Sécurité (ICSI) de Toulouse, Francia (<http://www.icsi-eu.org/fr/>).
- [3] La recolección de los testimonios la efectuamos registrándolos dactilográficamente durante las reuniones. Para su análisis evaluamos la posibilidad de recurrir a software especializado en el análisis de datos cualitativos, pero optamos por un fichaje y una postcodificación realizados en forma manual. El volumen y la naturaleza del material recogido no justificaron esa forma de tratamiento.
- [4] Realizamos las mismas entrevistas en otro gran campamento de la empresa localizado en una región patagónica muy alejada de ésta. En dicho campamento el Area de Proyectos no estaba separado espacialmente ni en cuanto a la calidad de la construcción del resto de las oficinas administrativas y no se repitieron los mismos testimonios.
- [5] MRI es una empresa local prestataria de servicios de ingeniería, de alto nivel tecnológico. Según la página corporativa, su dominio principal de competencias es la operación de plantas químicas y la elaboración y comercialización de productos químicos. Entre sus objetivos secundarios menciona la investigación aplicada al desarrollo tecnológico, el diseño de ingeniería básica y de detalle, la construcción, el montaje, la puesta en marcha y el mantenimiento de instalaciones industriales así como la prestación de todo otro servicio relacionado con la actividad industrial, ya sea por cuenta

propia o asociándose -como en PDF- a terceros. Además, en el momento de realización de la encuesta, declaraba poseer un sistema integrado de gestión según normas ISO 9001 y 14.001, y OHSAS 18001.

Se trataba, en suma, de una empresa de alto nivel tecnológico cuyo personal era competente para tomar a su cargo procesos centrales desde el punto de vista de la gestión de la seguridad en actividades extractivas, tales como la supervisión de las obras realizadas por subcontratistas.

- [6] Colocamos el término antigüedad entre comillas pues se refiere al tiempo que llevaban los trabajadores trabajando sin discontinuidad para PDF, aunque durante ese período hubiese cambiado la empresa que los contrataba.
- [7] MRI es la empresa de la cual provenían los Contratados de Estructura que se desenvolvían en las Gerencias de Mantenimiento y de Proyectos de PDF.
- [8] Seis años se refiere al tiempo que el empleado de MRI llevaba trabajando para PDF.
- [9] La categoría “coordinador” es una categoría informal atribuida a uno de los supervisores de MRI, equivalente a la jerarquía de Jefe en la estructura de PDF.
- [10] Este mismo tipo de autorizaciones lo observamos en un diagnóstico que realizamos en talleres de reparación de aviones de gran porte, donde la entrega de una reparación debía ser firmada por el operario/técnico a cargo de la tarea, autorizada por un supervisor de la empresa y, por último, validada también por un inspector de la autoridad regulatoria nacional presente en la planta.
- [11] Curioso calificativo alusivo a propiedades mágicas, para referirse a una herramienta de gestión. ¿Cuál es la magia que permite, en efecto, instaurar la cooperación entre -los supervisores de- la empresa contratante y la contratista?
- [12] En una entrevista posterior a la realización de la encuesta que efectuamos a un Jefe del Área de Proyectos, empleado permanente de PDF con más de 20 años de antigüedad, lo interrogamos sobre la razón de ser de la categoría contratados de estructura. Su respuesta fue que “la categoría se creó porque se suponía que, por tratarse de proyectos, el Área sería estructuralmente inestable. Pero no fue así y en varias ocasiones se discutió en la empresa sobre la conveniencia de convertir a los contratados de estructura en personal permanente de PDF. La decisión nunca se tomó y no encuentro ningún motivo especial para que haya sido así”.
- [13] Poseer el status de contratado de estructura consistía entonces en estar cuasi-integrado en la jerarquía de la organización. Gracias al mayor nivel de exigencia que pesaba sobre ellos en comparación con los empleados permanente, PDF obtenía muy buenos resultados de seguridad que distinguían el Área de Proyectos. Este argumento, planteado por los propios empleados de MRI en sus testimonios, era el que justificaba de hecho la no supresión de la categoría híbrida

por parte de la dirección de PDF en éste y en otros sectores de la organización, aunque la antigüedad de quienes estaban adscriptos a ella fuese similar o aún superior a la del “personal estable” de la empresa.

- [14] “Como contratistas nos exigen cumplir todas las normas, en borrador o por aplicarse, a gusto y placer del personal jerárquico de PDF que esté de turno”; “además de nuestros propios controles la gente del sitio nos controla a fondo” (cfr. cuadro 4).
- [15] “Cuando los supervisores permanentes de PDF firman un permiso, se controlan a sí mismos. Es muy difícil ser auto-crítico con los errores de uno mismo”; “las exigencias de los permisos de trabajo siempre son mayores con nosotros que las que PDF tiene consigo misma. Tienen más contemplaciones internamente” (cfr. cuadro 4).
- [16] “No tenemos a quién reclamar”, “no tenemos perspectivas de progreso” (cfr. cuadro 5).
- [17] Donde el Área de Proyectos no estaba escinda espacialmente de la administración de PDF, y en ningún momento se planteó el tema de “la empresa de enfrente”. Volveremos sobre éste asunto al final de la introducción.
- [18] El autor de éste testimonio nos pidió reserva sobre su segundo título pues “podría ser mal visto por mis colegas ingenieros”.
- [19] Según Herzberg “los factores de desarrollo o motivadores que son intrínsecos al trabajo incluyen la realización personal, el reconocimiento del logro, el trabajo mismo, la responsabilidad y el progreso o avance (en la carrera). Los factores que evitan la insatisfacción son factores de higiene extrínsecos al trabajo que incluyen la política y la gestión de la compañía, la supervisión, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo, el salario, el nivel jerárquico y la seguridad (*security*)” (Herzberg, 1968), traducción y negrita nuestras).
- [20] Al decir esto distinguimos implícitamente la generalización teórica aquí propuesta y la generalización empírica (Eisenhardt, 2008).

DISCURSOS SOBRE VIVENCIAS EN EL TRABAJO**O SINTOMA NO TRABALHO: UMA DISFUNÇÃO OU UMA INVENÇÃO?**

ADMARDO B. G. JÚNIOR ^[1] & DAISY M. CUNHA ^[2]

[1] Grupo de estudos trabalho,
ergologia e desenvolvimento
Faculdade de Políticas Públicas
Universidade do Estado de Minas
Gerais (FaPP/UEMG).
Rua São João Evangelista, 525/101 -
Santo Antônio
30330-150 Belo Horizonte – MG -Brasil
admardo.junior@uol.com.br

[2] Grupo de estudos trabalho,
ergologia e desenvolvimento
Faculdade de Educação
Universidade Federal de Minas Gerais
Av. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
31270-901- Belo Horizonte – MG
daisy-cunha@uol.com.br

PALAVRAS-CHAVE

Trabalho,
Sintoma,
Nexo causal.

RESUMO

Este artigo apresenta uma discussão sobre a atividade do profissional “psi” na escuta e condução clínica de casos de sofrimento no trabalho, a necessidade do estabelecimento do nexo causal do adoecimento com o trabalho, suas ações decorrentes e os problemas que a questão encontra no campo da saúde mental. Buscamos localizar brevemente a discussão em torno da causalidade psíquica, social e orgânica, problematizando a questão da causalidade no campo da saúde e, especificamente, da saúde mental. Nosso segundo passo é apresentar um caso clínico já clássico da literatura da psicopatologia do trabalho no Brasil, onde o nexo causal é questionado com riqueza de dados. Duas versões do mesmo caso são contrastadas e problematizadas em suas divergências. Ao final, levantamos problemas para a atividade dos profissionais “psi” no campo do trabalho, entre as quais uma se destaca e permite localizar um importante ponto de investigação: o impasse entre tomar o sintoma como disfunção ou como um modo de funcionamento.

PALABRAS-CLAVE

Trabajo,
Síntoma,
Nexo causal.

RESUMEN**EL SÍNTOMA EN EL TRABAJO: ¿UNA DISFUNCIÓN O UNA INVENCIÓN?**

Este artículo presenta una discusión sobre la actividad del profesional “psi” en la escucha y conducción clínica de casos de sufrimientos en el trabajo, la necesidad de establecer el nexo causal entre la enfermedad y el trabajo, sus acciones derivadas y los problemas que el tema encuentra en el campo de la salud mental. Buscamos localizar brevemente la discusión en torno de la causalidad psíquica, social y orgánica, problematizando el tema de la causalidad en el campo de la salud y, específicamente,

Manuscrito recebido em:
agosto/2014
Aceite após peritagem:
julho/2015

de la salud mental. Nuestro segundo paso es presentar un caso clínico clásico de la literatura de la psicopatología del trabajo en Brasil, donde el nexo causal es cuestionado con riqueza de datos. Se contrastan y problematizan en sus divergencias dos versiones del mismo caso. Finalmente, planteamos problemas para la actividad de los profesionales “psi” en el campo del trabajo, entre las cuales se destaca y localiza un importante punto de investigación: el impasse entre considerar el síntoma como disfunción o como un modo de funcionamiento

MOTS CLÉS

Travail,
Symptôme,
Nexus causal.

RÉSUMÉ

LE SYMPTÔME AU TRAVAIL: UN DYSFONCTIONNEMENT OU UNE INVENTION?

Cet article présente une discussion sur l'activité du professionnel "psy" dans l'écoute et la prise en charge clinique des cas de souffrance au travail, la nécessité d'établir le nexus causal entre la maladie et le travail, leurs actions résultantes et les problèmes que la (cette) question trouve dans le domaine de la santé mentale. Nous cherchons à situer brièvement une discussion autour de la causalité psychique, sociale et organique, en mettant en problématique la question de la causalité dans le domaine de la santé et plus particulièrement de la santé mentale. Notre deuxième étape consiste à présenter un cas clinique déjà classique dans la littérature psychopathologie du travail au Brésil, où le nexus causal est remis en question avec une richesse de données. Deux versions du même cas clinique sont mise en contraste et problématisées dans leurs différences. Finalement, on pose les problèmes relatifs à l'activité des professionnels "psy" dans le domaine du travail, dont celui qui se démarque nous permet de situer un important point d'investigation: l'impasse entre la prise du symptôme comme un dysfonctionnement et un mode de fonctionnement.

KEYWORDS

Work,
Symptom,
Causal connection.

ABSTRACT

THE SYMPTOM AT WORK: A DYSFUNCTION OR AN INVENTION?

This article presents a discussion about the activity of the "psi" professional in listening and in the clinical management of cases of suffering at work, the need to establish the causal relationship between illness and work, the subsequent actions and the problems that lie in the field of mental health. We seek to briefly place the discussion around the psychological, social and organic causality, arguing the issue of causality in the health field and, specifically, the mental health field. Our second step is to submit a clinical case of work psychopathology, a classic in Brazilian lit-

1. O SOFRIMENTO NO TRABALHO E O NEXO CAUSAL

Doença é também a saúde das palavras. O equívoco as dilacera? Feliz equívoco, sem o qual não haveria diálogo. O mal-entendido as desvirtua? Mas este mal-entendido é a própria possibilidade do nosso entendimento. O vazio as penetra? Esse vazio é seu próprio sentido (Blanchot, 1997, p. 300).

O sofrimento psíquico no trabalho não é algo novo, mas sua manifestação na civilização parece ser sempre renovada. A recorrência das queixas leva-nos a reconhecer sua presença no conjunto do mal-estar na civilização contemporânea. Vários são os nomes que, hoje, ele recebe: neurose profissional, neurastenia, estresse pós-traumático, episódios depressivos, alcoolismo crônico relacionado ao trabalho, *burnout*, etc. Multiplicam-se também as formas de compreender e tratar suas manifestações sintomáticas nos indivíduos e na cultura.

Na investigação das relações saúde-trabalho, é de suma importância o estabelecimento do nexo causal, ou seja, da relação causal entre determinado evento de saúde (como um dano ou uma doença) e o trabalho. Dessa identificação decorrem ações de tratamento e prevenção, individuais ou coletivas. O estabelecimento de uma relação etiológica tem “[...] implicações previdenciárias, trabalhistas, de responsabilidade civil e às vezes criminal, além de desencadear e orientar ações preventivas” (Ministério da Saúde, 2001, p. 31).

Segundo o Ministério da Saúde (2001, p. 27), a relação causal entre o evento de saúde e “[...] uma dada condição de trabalho constitui a condição básica para a implementação das ações de Saúde do Trabalhador”. O nexo serve à “identificação e controle dos fatores de risco para a saúde presente nos ambientes e condições de trabalho”, assim como ao “diagnóstico, tratamento e prevenção dos danos, lesões ou doenças provocados pelo trabalho, no indivíduo e no coletivo de trabalhadores”.

A questão do nexo causal e dos fatores de risco em saúde do trabalhador estende-se também ao âmbito legal. Para aqueles que trabalham sob subordinação e são vítimas de doenças ocupacio-

erature, where the causal connection is questioned with the richness of the data. Two versions of the same case are contrasted and discussed in their differences. At the end, we raise problems for the professional activity of the “psi” in the work field, including one that stands out and allows us to spot an important point of investigation: the deadlock between taking the symptom as dysfunction or as an operating mode.

nais e acidentes de trabalho, a lei prevê uma série de direitos. Para quem compra a força de trabalho, impõem-se várias obrigações. Direitos e obrigações de empregados e empregadores estão sempre, de certa forma, atrelados à compreensão que se tem da relação entre trabalho e saúde.

As perícias técnicas, realizadas por especialistas de diversos domínios do conhecimento, vão subsidiar, por exemplo, sentenças judiciais, quando a discordância entre o nexo causal é levada à discussão nessa instância. Exaradas pelos juízes da justiça do trabalho, elas devem ser sem ambiguidade, admitindo apenas duas posições, verdadeiro ou falso. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

São consideradas causas de adoecimento e morte de trabalhadores, segundo Mendes e Dias (1999), as “doenças comuns”, que não têm relação com o trabalho, e as relacionadas a ele. Essas últimas foram classificadas, seguindo Schilling (1984), em três grupos: doenças comuns que podem ser modificadas, aumentando a frequência de ocorrência ou a precocidade de seu surgimento sob determinadas condições de trabalho; doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou complexificado pelo trabalho; agravos à saúde específicos ou típicos do trabalho – dentre os quais estão as doenças profissionais, em que o trabalho apresenta relação causal direta. Há, portanto, uma modalização do nexo causal, preservando-se a relação da doença com o trabalho em três categorias: trabalho como causa necessária; trabalho como fator contributivo, mas não necessário (causa possível); trabalho como provocador de distúrbio latente (causa contingente). No primeiro e no segundo grupos, estão doenças consideradas de etiologia múltipla, onde o trabalho é considerado a priori um fator de risco, não necessariamente o fator causal. Nas duas últimas categorias, por sua vez, a solução encontrada para a caracterização etiológica passa a ser de natureza essencialmente epidemiológica, pelo excesso de frequência em determinado grupo ocupacional ou pela ampliação quantitativa e/ou qualitativa do espectro de determinantes causais apontados pelos estudos dos ambientes e das condições de trabalho.

As doenças mentais estão na última categoria citada. Nesse campo, o patrimônio das disciplinas que contribuem na produção de saberes e ações sobre a relação entre trabalho e mal-estar psíquico apresenta constante debate entre três bases de compreensão etiológica, nem sempre excludentes. Billiard (2002), ao perpassar a história da fundação da psicopatologia do trabalho na França, demonstra que as discussões nesse campo remontam a um debate mais amplo, no campo do pensamento psiquiátrico, entre organogênese, psicogênese e sociogênese das patologias mentais.

De maneira certamente simplista, para introduzir o que nos interessa desse debate, vamos expor brevemente elementos dessas três orientações no campo da psicopatologia do trabalho. Na perspectiva organogênica, como o próprio termo indica, defende-se uma origem orgânica para os distúrbios mentais; o tratamento dado aos sintomas é feito frequentemente com medicamentos e as ações preventivas recaem principalmente sobre o meio agressor presente nos ambientes laborais. Em uma orientação psicogênica, os fatores psicológicos atribuídos ao indivíduo são ressaltados como prioritários e as ações, tanto preventivas quanto terapêuticas, dirigem-se frequentemente ao comportamento do trabalhador. Por fim, a orientação da sociogênese privilegia as condições materiais e sociais do trabalho como causa dos adoecimentos, denunciando aquilo que extrapola os limites morais de exploração e dominação; aqui, o foco do diagnóstico, da prevenção e do tratamento recai frequentemente sobre o trabalho.

Todas essas formas de abordar as relações entre trabalho e saúde mental e as maneiras como são conjugadas ou não (intervenções medicamentosas, ações sobre o meio físico e social, intervenções sobre o comportamento humano) apresentam resultados e eficácia reconhecida – mas não para todos.

O problema, segundo Minayo-Gomez e Lacaz (2005, p. 799), é que as produções científicas em saúde do trabalhador estão hegemonicamente centradas em uma perspectiva positivista e “[...] formulam articulações simplificadas de causa e efeito”. Além disso, saúde e doença são entendidas de forma dicotômica e o sofrimento, como uma das expressões possíveis do conflito no trabalho, acaba transformado em adoecimento a ser eliminado, como dizem Brant e Minayo-Gomez (2004), servindo muito bem aos interesses da produção. Quando entramos no âmbito da saúde mental, não só nos ambientes de trabalho, é comum a patologização de conflitos e seu correlato: o tratamento medicamentoso. Roudinesco (2000, p. 21) afirma que a psiquiatria clássica, ao tratar o real do sofrimento como o real da natureza, concebe-o como manipulável por fórmulas químicas, e os psicotrópicos só fazem “[...] normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação”. Sob essa lógica, como aponta Viganò (2005, p. 75), “a causalidade não tem mais importância e é substituída pela incidência estatística mais homogênea”. Passamos “do incomensurável da relação subjetiva com o gozo” do sintoma particular e subjetivo, que é o

real da doença, ao “cálculo do tratamento dos distúrbios”, sintoma social, tratável e mensurável que a epidemiologia encarna. Na lógica da epidemiologia:

Reconhecer o sofrimento passa, aqui, pela possibilidade de classificá-lo nos termos dos questionários e protocolos gerando diagnósticos de transtornos e sua consequente medicalização. Quando identificado, o sofrimento é enquadrado como um desvio dos padrões de comportamento e recebe um nome de doença. Assim, o que poderia vir a ser uma ocasião de elaboração para o sujeito torna-se algo a ser eliminado em prol do ideal de controle higiênico, que pretende regular tudo. Na posição passiva de doente, o trabalhador depara-se com a exclusão do caráter singular de sua subjetividade e de suas reações. Afastado do trabalho, que outrora presentificava seus conflitos, surge agora como portador de um transtorno mental, cuja esperança de restabelecimento está depositada nas mãos do saber médico. Resta-lhe a crença nas promessas terapêuticas da psicofarmacologia (Carvalho et al., 2006, p. 98-99).

Podemos perguntar se essa não seria também a perspectiva de parte das pesquisas em psicologia no âmbito da psicopatologia do trabalho, que centram seus esforços na descrição e na quantificação dos sintomas, relacionando-os unicamente a aspectos da organização do trabalho que o causariam. Reconhecemos nesses discursos deslocamentos de causalidades que vão, no máximo, de uma causa orgânica a uma causa social, mas que não se aventuram a articulá-las a uma causalidade psíquica.

Uma análise complexa das relações entre saúde e trabalho exige compreender, de maneira refinada, tanto as sutilezas e diversidades dos modos de gestão de cada trabalho quanto as singularidades da gestão de si mesmos que os trabalhadores desenvolvem para empreender o trabalho. A causa do adoecimento de nenhum trabalhador deve ser pensada sem levar em conta sua história, seu corpo e seu meio, enlaçados em uma forma singular de gozar da vida. O nexo causal com o trabalho não deve excluir nenhuma dessas dimensões (ver Gomes Júnior, 2013).

Que pese a importância e indiscutível contribuição das chamadas “Clínicas do Trabalho” (ver Bendassolli & Soboll, 2011), para compreensão e transformação das situações concretas de trabalho como elemento causal na determinação de patologias desenvolvidas com o trabalho, nossa opção aqui é solicitar à psicanálise de orientação lacaniana uma leitura sobre este mesmo mal-estar com o trabalho. Isso porque o que nos interessa discutir aqui é o que está em jogo nestas disfunções, o que remete-nos à uma discussão sobre sua noção de sintoma, que se funda no abandono de uma teoria do trauma como explicação dos sintomas psíquicos e do mal-estar que acomete os indivíduos.

Uma importante e atual contribuição neste campo vem da obra de Eric Laurent intitulada “*Hijos del trauma*” (Laurent, 2004). O que podemos apreender deste texto é que temos assistido ao aumento de novas teorias que reavivam a ideia de trauma sob nomenclaturas como estresse e síndrome pós-traumática, que

os manuais internacionais de doenças (como o DSM IV) vêm descrever sob forma de distúrbios, de maneira generalizada e abstendo-se de um debate sobre a causa. Essa generalização da noção de trauma acontece, diz Laurent (2004), quando a ciência, colocando o foco na descrição e no cálculo preciso dos riscos a que estamos expostos, faz existir uma causalidade programada. Ela concebe o trauma como pura exterioridade localizável, o que não está na norma, no previsto, criando o aval necessário à ideologia da vitimização, do dano, da assistência, da compensação, da restituição e da reparação.

Quintais (2001), contribuindo com essa discussão, argumenta que as avaliações empíricas realizadas por profissionais na área da psiquiatria e psicologia clínica, pautadas na noção de trauma, acabam por apresentá-lo como um tempo integralmente ir-resgatável, inegociável, onde nenhuma escolha se faz presente. O autor conduz-nos a pensar que os “percursos de vida” dessas populações amostradas acabam por se pautarem em um histórico sintomatológico psiquiátrico antes mesmo da ocorrência de qualquer acontecimento traumático, fazendo uma escolha que, com o aval das autoridades médicas, apresentaria o atrativo de localizar a origem dos sintomas unicamente em circunstâncias exteriores, não considerando falhas pessoais ou fraquezas.

Essa forma de pensar leva à questão se os quadros sintomáticos atuais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho não são em parte uma escolha, mesmo que forçada, de um “[...] modo de reorganizar os mundos da experiência à luz da inteligibilidade narrativa e redescritiva” (Quintais, 2001, p. 330). Ao compreendermos parte do sintoma como uma decisão ou um assentimento do sujeito, não estaríamos ampliando a potencialidade de uma negociação, abrindo as saídas de expressão do conflito que se localiza no trabalho? Quais seriam as possíveis implicações clínicas, conceituais e políticas do resgate da responsabilidade do sujeito pela escolha, mesmo que de certa forma forçada, de uma representação sintomática no âmbito da relação da saúde mental com o trabalho? Nosso objetivo não é por em causa a predominância etiológica da atividade de trabalho, mas levantar questões sobre a complexa imbricação que há entre o social, o corporal e o subjetivo neste domínio.

2. O CASO DO HOMEM DO RELÓGIO

Escolhemos trazer esse caso clínico da literatura brasileira do campo da “Psicopatologia do Trabalho” pela singularidade de ter sido tratado por duas diferentes abordagens, o que nos permite contrastá-las e apontar especificidades da orientação clínica em psicanálise em relação a uma abordagem sociogênica dos transtornos mentais. Trabalhamos o caso tendo como referência dois textos, um publicado na coletânea “Saúde mental e trabalho: leituras” com o título “Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho” (Lima,

Assunção & Francisco, 2002); outro, que recebeu o título “O homem do relógio” (Carvalho & Macedo, 2007).

Os dois tipos de atendimento foram ofertados no mesmo serviço público de saúde. O intuito era tanto o estabelecimento do nexo com o trabalho e a consequente emissão do Comunicado de Acidente de Trabalho, instrumento com o qual o trabalhador poderia recorrer juridicamente sobre os danos causados, quanto o tratamento terapêutico. Durante os anos de 2006 e 2007 tivemos a oportunidade de participar ativamente de um grupo de pesquisa sobre “Trabalho e sintomas mentais” com a psicanalista que realizou o atendimento psicanalítico do sujeito em questão, discutindo e contribuindo com a elaboração do texto “O homem do relógio”. Tal texto, foi apresentado no XV Encontro Internacional do Campo Freudiano, em agosto de 2007 com a presença de Judith Miller (filha de Lacan) então Presidente da Fundação do Campo Freudiano. A discussão clínica apresentada, por sua qualidade, foi escolhida para compor o número 25 da revista *Curinga* de 2007. Além da riqueza de duas abordagens tratando de um mesmo sujeito, temos também o fato singular, na literatura brasileira do campo da Psicopatologia do Trabalho, da apresentação de um caso clínico. Nesse campo, a tendência dos estudos é a de apresentar casos de “categorias de trabalhadores”, não de sujeitos. Aqui, diferentemente, encontramos descrições e dados tanto da atividade de trabalho quanto da história de vida e das vivências do sujeito. Temos também a sorte de contar com as elaborações que tiveram como base o tratamento psicanalítico a que esse mesmo sujeito se submeteu, de janeiro de 2001 a outubro de 2004, com a Psicanalista Bernadete Carvalho, no antigo Ambulatório de Doenças Profissionais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (ADP/HC/UFMG).

Como relatam Lima, Assunção e Francisco (2002), Carlos (nome fictício atribuído pelos autores) procurou o ADP em dezembro de 1998, tendo sido encaminhado por um psiquiatra ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) com o diagnóstico de transtorno de adaptação e suspeita de nexo com o trabalho. À época com 48 anos, tinha trabalhado nos últimos cinco anos como porteiro noturno em regime de turno fixo e jornada de doze horas em dias alternados, em um condomínio no centro da cidade de Belo Horizonte. Seu trabalho consistia em controlar a entrada e a saída de veículos, atender a chamadas de telefone e interfone, bem como receber jornais e revistas. O local de trabalho, de 1,20 por 0,80 metros, descrevem os autores, continha “um relógio, um telefone, um interfone, uma campainha, uma cadeira e um painel onde ficavam os cartões com os números das vagas, e que eram entregues aos usuários” (Lima et al., 2002, p. 222). As garagens ocupavam seis andares do edifício, com o total de 301 vagas. Um importante dado sobre o trabalho realizado ali é que, das 20h às 7h, uma das rampas de acesso ao segundo andar era fechada, o que exigia do porteiro a constante atenção ao fluxo de carros para evitar a entrada consecutiva na rampa e uma possível colisão de veículos. Isso exigia dos porteiros noturnos não só o con-

trole das entradas, como no turno da manhã, mas também das saídas. Os autores informam:

Quanto ao trabalho propriamente dito, Carlos diz que chegava ao local aproximadamente às 18h e, às 18h35min, batia o ponto. Depois, percorria todo o prédio e conversava com a equipe do dia para verificar ocorrências de anormalidades. Às 19h, ia para o seu posto, onde deveria permanecer até o final da jornada de trabalho. Até às 20h, cuidava apenas da entrada de veículos e, depois disso, cuidava da entrada e da saída (Lima et al., 2002, p. 222).

A atividade de Carlos é descrita da seguinte forma:

Os carros buzinaavam ao chegar em frente ao prédio e Carlos abria uma janelinha no portão para verificar se era realmente um usuário; caso ficasse confirmado, ele abria o portão e levantava a cancela para o carro passar. Em seguida, dava o cartão para o usuário subir e acionava um botão vermelho para indicar a entrada do veículo. Ele controlava os sinais luminosos do segundo andar, acendendo uma luz vermelha para indicar a subida de carros e uma luz verde para a liberação da saída. Para ser acionada a luz verde, é necessário que, ao chegar ao segundo andar, o motorista buzine para avisar ao porteiro que está descendo. Caso nenhum carro esteja subindo, o porteiro acende a luz verde e o usuário estará liberado para sair. Se estiver subindo algum carro, quem estiver descendo deve aguardar. A atividade mais importante do porteiro é, portanto, controlar a entrada e a saída de veículos, evitando colisões. Os botões que acionam as luzes do segundo andar, acionam igualmente a placa PARE, localizada na portaria da garagem, alertando aos pedestres sobre o tráfego de veículos. Nesse momento, é acionada também uma campainha com o mesmo objetivo (Lima et al., 2002, p.222-223).

Nos seis primeiros meses de trabalho de Carlos nesse condomínio, a jornada era de 20h às 7h da manhã. O então síndico permitia que os porteiros ouvissem rádio e que levassem uma pequena televisão; fornecia uniforme, vale transporte e dinheiro para refeição sem descontar do salário e permitia que os funcionários fizessem café e recebessem lanche no local de trabalho. Além disso, havia o hábito de, nos finais de ano, ser feita uma “caixinha de natal”, coleta de doações em dinheiro dos usuários do estacionamento como forma de contribuição para o natal dos trabalhadores. Com a troca do síndico, todos os “benefícios” foram cortados, a jornada de trabalho foi estendida para 12h (de 19h às 7h) e os trabalhadores foram proibidos de conversar no trabalho e de ler jornais e revistas. O novo síndico introduziu também um relógio nos postos de trabalho, que deveria ser acionado pelos trabalhadores a cada 25 minutos, como forma de garantir que estavam presentes e despertos em seus postos. Uma

câmera de vídeo foi instalada, permitindo ao síndico observar os trabalhadores de seu escritório. Não se contentando com tais formas de controle, o novo síndico também telefonava várias vezes durante a noite para advertir os funcionários. Dois trechos do depoimento de Carlos demonstram sua insatisfação inicial com a nova forma de controle introduzida no ambiente de trabalho e sua posterior resignação:

Durante os 6 primeiros meses, não tinha relógio. Aí, esse senhor chegou e instalou os relógios. Mas não tinha jeito de dormir por conta que a noite inteira saía carro e entrava carro. Então, não tinha como dormir [...] porque eu estava na portaria e a noite inteira chegava jornais, revistas. Aí, é sacanagem o relógio, porque não necessitava e eu não deixava a equipe minha dormir: conversava, soltava piada, falava no interfone... Mas ele não aceitou e disse que quem não aceitasse que fosse embora. Como seria difícil arranjar outro emprego, fui tolerando, fui tolerando.

[...] às vezes, tinha dia que ele esquecia de ligar o relógio e eu falava: “oh, liga esse relógio aí”. Porque não adianta nada, eu ficava olhando só pra ele. Ligar ou não ligar, eu digitava ele na mesma. Às vezes, que ele saiu e esqueceu de ligar, e eu não tinha acesso à chave e nem queria também, eu digitava ele sem funcionar, sem estar ligado. E eles (os colegas) me gozavam. Quando chegava na hora, eu ia e digitava (Lima et al., 2002, p.223 e 224).

Sobre o uso da câmera de vídeo, o síndico dizia que ela ficava ligada somente até 21h. A esse olhar vigilante, Carlos reagia dizendo:

Pra mim, ficava ligada a noite inteira, porque eu não sei se estava me filmando à noite ou não. Mas eu ficava com isso na cabeça. Pra mim, estava ligada. Quando eu tirava o rádio que levava escondido, eu dava as costas pra ela (câmera) e colocava assim embaixo, como se estivesse colocando minha sacola, com medo dela filmar eu (Lima et al., 2002, p.224).

O adoecimento de Carlos deu-se de forma gradativa. Dois anos e meio depois de trabalhar nessas condições, começou a perder a atenção, ter insônia, se assustar muito com as buzinas e campainhas e apresentar episódios de ausência: “quando voltava desses desligamentos, já estava quase na hora de acionar o relógio” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 56). Com o tempo, passou a se assustar também com as buzinas na rua, a ter sensações de arrepios, enjoo, dor no estômago, cansaço e episódios de diarreia. Carlos relata, demonstrando seu sofrimento, a única vez que deixou de acionar o relógio:

Foi susto, nervoso, fiquei nervoso demais! Desceu um sem buzinar e eu fiquei nervoso demais! Deu problema de dor de barriga em mim e não deu tempo de chegar no banheiro, me

borrei (chora). Aí, meu relógio apitou. Passei a não correr mais para o banheiro. Se eu tivesse que fazer alguma coisa, quando dava dor de barriga, fazia na rua, eu não ia no banheiro. Urinar eu podia apertar e esperar; chamava um colega e corria para o banheiro [...], o meu relógio só apitou uma vez. Dos outros (colegas), apitou várias vezes. O meu só apitou uma vez porque deu problema de dor de barriga em mim. Eu tinha medo de deixar apitar. Dão advertência quando o relógio apita. Essa advertência, quando fazem, tem de assinar. Se não assinar, chamam duas testemunhas e assinam pra gente (Lima et al., 2002, p. 226).

Após três anos no trabalho, Carlos começou a ingerir bebidas alcoólicas como forma de induzir o sono. Segundo ele, duas cachapas e uma cerveja eram suficientes. Em 1997, por duas vezes sentiu-se mal durante o expediente e foi internado, primeiro por dezesseis dias e depois, ao sentir dores no peito, por mais quinze dias. Pouco depois de seu retorno ao trabalho após a segunda internação, deram-lhe o aviso prévio de dispensa dos serviços, sobre o qual Carlos comenta: “mas eu cumpri o aviso direitinho, fui trabalhar como se não tivesse aviso, não chegava atrasado nem deixava o relógio apitar” (Lima et al., 2002, p. 226). Segundo relato da sobrinha de Carlos, entrevistada por um dos integrantes da pesquisa, a primeira internação foi por conta de uma pancreatite, e a segunda por um princípio de derrame (Lima et al., 2002, p. 218).

No momento em que procura o ADP, em dezembro de 1998, o paciente apresenta sintomas como crise de ansiedade, insônia e susto com buzinas, telefones e campainhas, além de dificuldade de sair sozinho. Passa a desenhar um relógio igual ao de seu antigo trabalho e a simular a mesma operação que executava a cada 25 minutos, principalmente à noite, como forma de lidar com a insônia:

O desenho do relógio foi depois que parei de trabalhar. Quando eu trabalhava eu dormia pouco, mas não desenhava ele não. Desenhava assim de brincadeira, em casa, mas eu não chegava a operar ele não... Agora, eu desenho e fico operando ele, depois rasgo. Desenho de novo, rasgo, desenho (Lima et al., 2002, p. 233).

O acompanhamento psicológico de Carlos no ADP deu-se no âmbito das pesquisas sobre adoecimento mental e trabalho, coordenadas por Elizabeth Antunes Lima. Com os dados coletados e as descrições apresentadas no artigo, fica claro que os recursos de Carlos para lidar com a tirania do novo síndico e suas novas imposições na forma de organizar o trabalho são bastante diferentes de seus colegas. Não resta dúvida também sobre o uso abusivo que o síndico faz de sua posição hierárquica. Parece, além disso, que havia uma boa qualidade nas relações dos funcionários entre si e deles com os usuários.

As investigações de Lima, Assunção e Francisco (2002) estenderam-se também à história de vida de Carlos, sua infância, vida familiar, vida adulta e história ocupacional pregressa. Os pesquisadores lançaram mão de entrevistas com a irmã de Carlos, com sua sobrinha e um colega de trabalho, além de observações do posto de trabalho. Como não foram encontrados indícios, em seu passado, de algo que justificasse o adoecimento, os autores concluem que o trabalho provocou, e não precipitou, seus transtornos mentais. A distinção parece fundamental para os pesquisadores na caracterização do nexo causal. Ao final do artigo, eles escrevem:

Em outras palavras, seu senso aguçado de responsabilidade, seu comportamento disciplinado e sua grande dedicação ao trabalho, só se revelaram perniciosos, quando foi trabalhar como porteiro, naquele condomínio, isto é, quando se expôs a uma organização patogênica de trabalho. Estes valores que, parecem ter sido positivos, durante toda a sua vida, nesta circunstância específica, favoreceram a eclosão do seu quadro. Em suma, nos outros contextos de trabalho, suas características de personalidade não tiveram grande relevância, pelo menos no sentido de provocar um transtorno maior, mas, o último emprego, pelas suas particularidades, exacerbou tais características, contribuindo, de forma decisiva, para o seu adoecimento. Portanto, parece-nos que é, sobretudo, para a organização do trabalho que devemos dirigir o nosso olhar. Ou melhor, o que devemos tentar compreender é o modo pelo qual se articulam as características pessoais e certas condições de vida e de trabalho, sem jamais desconsiderar a prioridade ontológica das últimas sobre as primeiras (Lima et al., 2002, p. 245-246).

A diferença entre “provocar” e “precipitar”, para os autores, está na prioridade ontológica na determinação da doença, retomando a discussão entre sociogênese, organogênese e psicogênese dos sintomas mentais, que pode parecer exclusivamente teórica, mas que impactou diretamente na compreensão diagnóstica e na condução clínica do caso. Lima, Assunção e Francisco (2002, p. 244), apesar de afirmarem que a motivação maior “[...] não foi a de estabelecer um diagnóstico preciso sobre o quadro apresentado por Carlos, mas sim a de verificar as possíveis relações entre suas queixas e sua experiência de trabalho”, não deixam de apresentar hipóteses diagnósticas como “[...] um quadro de comorbidade, caracterizado por sintomas obsessivo-compulsivos, por transtorno de ansiedade e por um possível alcoolismo” (Lima et al., 2002, p. 244).

Tais fatos não são sem consequências na condução do tratamento, como vemos no artigo de Carvalho e Macedo (2007). A questão que se estabelece é a seguinte: “qual seria a especificidade da psicanálise na abordagem de casos com sintomas vinculados ao trabalho?” O caso clínico de Carlos é então tomado

para demonstrar “[...] a perspectiva da psicanálise em seu campo próprio, isto é, aquele que concerne ao sujeito e a seu gozo” visando às “[...] respostas do sujeito mais do que às tendências de população” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 55). O tratamento dado aos sintomas pela psicanálise exige muito mais uma aposta na singularidade das respostas do sujeito do que nos condicionamentos sociais. O privilégio atribuído ao singular em relação ao universal não implica, contudo, em “[...] subtrair esses sintomas do contexto das relações sociais que o produziram” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 55). Essa introdução já deixa clara uma balança, em relação à perspectiva anteriormente apresentada, naquilo que é posto em primeiro plano para o tratamento dos sintomas. Pretendeu-se discutir “[...] os limites de uma condução do tratamento que se ampara no assistencialismo, ou no ideal social” em contraste com “uma perspectiva clínica que inclui o sujeito e valoriza suas invenções” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 55). Com uma leitura do caso à luz da psicanálise, indicou-se como a causalidade psíquica entra em jogo na realidade experimentada de maneira singular por um sujeito:

Para a psicanálise, não há encontro traumático que se deva apenas ao contexto social e material, ou, ao contrário, que prescindia do sujeito. À série de acontecimentos do mundo devemos somar a história do sujeito, modo pelo qual podemos situar algo do real de sua solução sintomática (Carvalho & Macedo, 2007, p. 56).

A apresentação do caso clínico informa que, no início de seu tratamento psicanalítico, em janeiro de 2001, Carlos chega com um discurso estruturado sobre os acontecimentos, associando com clareza seus sintomas às mudanças ocorridas no trabalho, o que ele sempre repetia a todos com as mesmas palavras (Carvalho & Macedo, 2007). Com o tratamento anterior, as autoras afirmam que Carlos pôde construir uma versão mais suportável de seu adoecimento, que ainda guarda, porém, a marca de um comportamento estereotipado. Segundo Carvalho e Macedo (2007), o que a tentativa de normalização da pesquisa sociogênica não foi capaz de reconhecer foram os recursos próprios do modo de funcionamento do sujeito.

Os aspectos concernentes à causalidade psíquica são localizados à partir de dois eixos que permitem investigar as condições de estabilidade de Carlos e o que se apresentou como insuportável para ele. O primeiro diz respeito às “relações do sujeito com o Outro: a convivência com o novo síndico e com a tirania de suas normas”. O segundo eixo, “as modalidades de relação de objeto, especialmente sua relação com o olhar, presente nos aparatos de vigilância e controle, mas também a relação entre o objeto olhar e a imagem do corpo” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 57).

Para a psicanálise nossas relações com o Outro, assim como nossas relações de objeto (anal, oral, fállica, vocal e escópica), apresentam aspectos cruciais de nossa estruturação psíquica (ver Lacan, 2003). Por isso as autoras (Carvalho & Macedo, 2007) optam por destacar no caso dois pontos: um, o das relações de Carlos com o grande Outro do trabalho, que é representada pela figura

do síndico, e outro, da presença maciça em suas seções de análise de relatos que retomam a questão do olhar.

O fato de Carlos desenhar o relógio e acioná-lo, seu sintoma, é lido como uma invenção a partir daquilo que lhe é possível fazer para lidar com a angústia que o invadia. Seu sintoma é acima de tudo uma estratégia que de certa forma regula, dentro do recurso de um quadro psicótico, o mal-estar de ter que atender aos caprichos da exigência do Outro. Esse ponto do diagnóstico e da compreensão do que está em jogo é importante de ser destacado, pois em uma psicose, como demonstra Morel (1999, p. 6), “[...] se retirarmos de um sujeito seu sintoma sem certa precaução pode-se desencadear a pulsão de morte e causar efeitos catastróficos”. A expressão de seu pai, “certo como uma machadinha”, parece sintetizar para Carlos o ideal da imagem de homem que ele tem que sustentar sem nenhuma falha, sem dialetização, sem meio termo, com o rigor que é próprio da psicose e que expressa um superego “[...] cuja ferocidade ele só consegue aplacar por meio dessa entrega, também desmedida, aos ordenamentos do mundo” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 58). Nessa total obediência, colado às normas, operar com a falha da construção imaginária quando ela é abalada é algo insuportável. “Seu recurso é a repetição das sequências vividas, na tentativa de reconstituir a completude da imagem”. Dedicava parte do dia a reconstruir, passo a passo, sua rotina de se arrumar para o trabalho, vendo-se como em um filme. No mesmo sentido, podemos entender seu gesto de acionar a imagem desenhada do relógio como forma de produzir um alívio momentâneo da angústia.

Podemos legitimamente perguntar: se Carlos se adere tão bem às normas do Outro, o que se passou na relação com o novo síndico? A resposta passa pela compreensão de que o síndico encarna um Outro feroz, cruel, insaciável. Por mais que Carlos atendesse a seus pedidos, a falha estava lá para ser sempre apontada. Sua imagem frente a esse síndico é fatalmente maculada.

Sobre a hipótese diagnóstica, Carvalho & Macedo (2007) trabalharam com a ideia de um neodesencadeamento, termo que tem sido utilizado no “Campo Freudiano” para designar as novas formas de desencadeamento do que tem sido nomeado de psicose ordinária. Em contraponto às psicoses clássicas, extraordinárias, Miller (2012) cunha o termo para incluir toda a sorte de casos de estrutura psicótica que mantêm certo funcionamento, enlaçando, mesmo que precariamente, os registros real, simbólico e imaginário:

Seu lento e gradual adoecimento, deflagrado pela perda da cobertura imaginária que o estabilizava, remeteu-nos à hipótese de um neodesencadeamento. Em outras palavras, o sujeito em questão se servia de um funcionamento melancólico que o mantinha estabilizado por meio de “uma suplência intercristica”, ou seja, através de uma “superidentificação a um papel social”, – ao papel de vigia noturno, “certo como uma machadinha” – confundida com os traços compulsivos dos obsessivos (Carvalho & Macedo, 2007, p. 56).

A identificação aqui não é da ordem de um “ideal do eu”, ou seja, não aponta para uma orientação de realização futura, funcionando como um valor, um ideal que mantém o desejo. Ela é da ordem de um “eu ideal” que impõem um valor inflexível e feroz, expondo o sujeito à precariedade e aos abalos que o fazem sofrer e compromete a fruição do desejo em sua vida. O funcionamento pré-melancólico de Carlos, atrelado a sua superidentificação a seu papel social de trabalhador, parece não se sustentar quando um dos traços de sua identificação imaginária não responde ao ideal da norma social. Nos casos de psicose, mesmo naquelas contemporaneamente nomeadas de “ordinárias”, são exatamente os recursos simbólicos do sujeito, que permitiriam impor certa ordem ao mundo, que se apresentam escassos. Sem a solidez dos recursos simbólicos para lidar com a realidade, um tipo de identificação predominantemente imaginária toma a cena com construções de ordem precárias e instáveis, como no caso em questão. De uma psicose estabilizada exatamente pela identificação à função social que o trabalho exercia imaginariamente para Carlos, passamos a um quadro onde a angústia só pode ser brevemente contida com o gesto bizarro de desenhar o relógio. O reconhecimento do modo de funcionamento do sujeito em questão conduz as autoras a afirmarem que “enquanto a abordagem sociogênica se coloca como guardião do ideal coletivo, tentando normalizar a verdade, o desejo e o gozo, o analista intervém tomando como base o que há de real no sintoma” (Carvalho & Macedo, 2007, p. 59). Do nosso ponto de vista, defendemos que com as contribuições da abordagem sociogênica podemos abrir espaços de diálogo para uma leitura atenta à singularidade das invenções presentes no sintoma como saídas construídas pelo sujeito.

3. A GUIA DE CONCLUSÃO: QUESTÕES PARA A ATIVIDADE DO PROFISSIONAL “PSI” NO CAMPO DO TRABALHO

Vimos, no caso do homem do relógio, que os autores ressaltam a importância da distinção entre “provocar” e “precipitar” os sintomas mentais. Ela apontaria para uma prioridade ontológica dos fatores relacionados ao trabalho na determinação da doença:

Parece-nos que é, sobretudo, para a organização do trabalho que devemos dirigir o nosso olhar. Ou melhor, o que devemos tentar compreender é o modo pelo qual se articulam as características pessoais e certas condições de vida e de trabalho, sem jamais desconsiderar a prioridade ontológica das últimas sobre as primeiras (Lima et al., 2002, p. 245-246).

Nessa perspectiva, há uma prioridade na determinação do meio sobre as respostas do indivíduo. A escolha pelo termo “provocar” quer apontar exatamente para a força do elemento causal (meio de trabalho) na determinação do evento (o sintoma) como sua consequência. O termo “precipitar” conotaria que o meio de trabalho como elemento causal não passaria de um entre outros na

determinação do sintoma, não tendo a força necessária para ser considerado causa do evento.

Essa é uma questão de primeira importância. Para onde dirigir o olhar? O que deve ser priorizado na compreensão da relação entre trabalho e sintomas do sofrimento psíquico? O que os sintomas apresentados no caso de Carlos expressam? Eles apontam a determinação do meio? Quais as consequências, sobre o diagnóstico e a condução clínica, de priorizar a determinação do meio sobre as respostas do indivíduo?

Como vimos, há divergências entre as duas leituras realizadas sobre o caso do homem dos relógios. Carvalho e Macedo (2007) criticam a condução dada ao caso pela pesquisa de orientação sociogênica, vendo ali uma tentativa de normalização. Enfatizam que a prioridade da visão psicanalítica é o modo de funcionamento do sujeito, que diz do sintoma como resposta ao meio. Por outro lado, não devemos de forma alguma desconsiderar as contribuições que a pesquisa de orientação sociogênica empreendeu sobre o meio de trabalho que causou os sintomas do sujeito.

A intervenção proposta pela orientação psicanalítica toma de partida o ponto real do sintoma, visto prioritariamente em sua dimensão singular, como invenção, construção possível do sujeito naquele meio e não como simples determinação do meio. Aqui a inventividade está presente no sujeito. Com a psicanálise é possível advogar pela singularidade do sintoma e com ela sustentar que o que há de mais real nele é exatamente a tentativa de fugir às prescrições normativas do meio que sufocam o sujeito. O que a psicanálise nos ensina é a conceber o sintoma como um modo de funcionamento que se desdobra na relação com o meio e com ele compõe um *modus operandi* que é próprio de cada um. Esta é a relação estabelecida entre o meio e as respostas do indivíduo.

Isso de forma alguma destitui as contribuições das leituras empreendidas pelas disciplinas clínicas que buscam descrever e intervir sobre as formas de governo do trabalho e o sofrimento que delas decorrem. Seria um erro colocar em oposição as formas de intervenção sobre os quadros normativos que criam o contexto social de tais patologias no trabalho e as perspectivas individualizadas de leituras diagnósticas e terapêuticas (como classicamente propostas pelos psicanalistas). Insistir nesta oposição é fechar os olhos para as raízes que as articulam o psíquico e o social. É importante reconhecermos que as análises das atividades humanas dão visibilidade a contextos sociais de trabalho que causam verdadeiros estragos na subjetividade e na saúde hoje. Neste campo a psicanálise também tem buscado contribuir com palavras, não só no encontro com aquele que sofre e relata sua dor no divã, mas também intervindo naquilo que hoje se produz na ordem social e simbólica (ver Doguet-Dziomba, 2012).

Se acordarmos com Canguilhem (2005, 2009, 2012) que a saúde não é o ajustamento completo entre organismo e meio ambiente, posto que ela exige a conservação de uma margem de transcendência e de infidelidade do organismo em relação ao meio, somos obrigados assim a empreendermos uma investigação sobre

os modos de funcionamento dos sintomas. São também eles que permitem ao organismo não sucumbir à primeira modificação do meio. Com essa concepção de saúde, afirmar uma primazia da determinação do meio, como a exemplo aqui do Outro do trabalho nas doenças mentais que com ele se apresentam é tão inútil “[...] quanto continuar o velho debate entre causalidade somática e causalidade psíquica, entre organogênese e psicogênese” (Safatle, 2011, p. 01). Não seria este o caminho para um passo adiante no avanço da compreensão da saúde e superação dos discursos que cindem o orgânico, o psíquico e o social, em nome de uma tal prioridade ^[1]?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bendassolli, P. F., & Soboll, L. A. (2011). *Clínicas do Trabalho*: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas.
- Billiard, I. (2002). Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Revue Cliniques méditerranéennes*, Paris, n. 66. doi: 10.3917/cm.066.0011
- Blanchot, M. (1997). *A parte do fogo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Brant, L. C. & Minayo-Gomez, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223. doi: org/10.1590/S1413-81232004000100021
- Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Canguilhem, G. (2012). *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carvalho, M. B. et al. (2006). Nexos entre trabalho e produção de sintomas mentais: uma perspectiva psicanalítica. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 16, n. 4, suplemento 2.
- Carvalho, M. B. & Macedo, L. F. (2007). O Homem do Relógio. *Revista Curinga*, Belo Horizonte, v. 1, p. 55-59.
- Doguet-Dziomba, M-H. (2012). *Souffrances au Travail*: Rencontres avec des Psychanalistes. Paris, EMD.
- Gomes Júnior, A. B. (2013). *O uso de si e o saber fazer com o sintoma no trabalho*. Tese em cotutela: Aix Marseille Université & Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-gDSHWB>
- Lacan, J. (2003). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Laurent, E. (2004). Hijos del trauma. In G. Belaga, *La urgencia generalizada* (pp. 23-29). Buenos Aires: Grama.
- Lima, M. E. A., Assunção, A., & Francisco, J. M. (2002). Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In M. G. Jacques, & W. Codo (Eds.), *Saúde mental e trabalho: leituras* (pp. 209-246). Petrópolis: Vozes.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1999) Saúde dos trabalhadores. In M. Z. Rouquayrol, & N. Almeida Filho (Eds.), *Epidemiologia & Saúde* (5.ed) (pp. 431-456). Rio de Janeiro: Medsi.
- Miller, J-A. (2012). *A psicose ordinária: A conversação de Antibes*. Belo Horizonte: Scriptum.
- Minayo-Gomez, C., & Lacaz, F. (2005). Saúde do Trabalhador: novas - velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 4, 797-807. doi: 10.1590/S1413-81232005000400002.
- Ministério da Saúde (2001) *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Morel, G. (1999). A função do sintoma. *Revista de Psicanálise*, a. VI, 11, 4-27.
- Quintais, L. (2001). Medicalização da experiência e intencionalidade: a aceitação de uma nosologia como motivo e justificção da história. *Etnográfica*, V, 2, 325-334.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Safatle, V. (2011). O que significa “estar doente”? Disponível em: <<http://www.oocities.org/vladimirsafatle/vladi115.htm>>. Acessado em 27 abr. 2011.
- Schilling, R. S. F. (1984). More effective prevention in occupational health practice. *Journal of the Society of Occupational Medicine*, 39, 71-79. doi: 10.1093/occmed/34.3.71.
- Viganò, C. (2005). A avaliação e seus destinos. *Mental*, a. II, 4, 73-79.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Júnior, A. B. G., & Cunha, D. M. (2015). O sintoma no trabalho: uma disfunção ou uma invenção? *Laboreal*, 11 (2), 53-62. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215aj>

NOTAS

- [1] Este trabalho é fruto de parte da pesquisa de doutoramento cuja tese foi defendida pelo 1º autor, sobre orientação de Daisy Cunha e Yves Schwartz, em agosto de 2013 com o título “O uso de si e o saber fazer com o sintoma no trabalho”. Uma cotutela entre Fae/UFGM (Brasil) e AMU (França). Agradecemos ao CNPq e a Capes as bolsas concedidas para os trabalhos no Brasil e na França, respectivamente.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ATIVIDADE COLETIVA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS.**

ISABEL FREITAS

Professora Auxiliar
Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade do Porto
Rua Alfredo Ellen
4200-135 Porto
Portugal
freitas@fpce.up.pt

PALAVRAS-CHAVE

Competências,
Variabilidade,
Desenvolvimento,
Cuidados de enfermagem.

RESUMO

Do ponto de vista teórico, o objetivo do nosso artigo é refletir sobre o desenvolvimento de competências em contexto de trabalho partindo do estudo da atividade humana e da sua organização conceptual num contexto social. Salientamos duas características da atividade: a variabilidade e o desenvolvimento. Partimos deste quadro teórico para problematizar a planificação da prática dos cuidados de enfermagem no contexto da passagem de turno. A planificação é uma atividade de conceptualização, adaptação constante a um contexto específico, elaboração e reelaboração de conceitos, regras, ações passadas, no contexto atual. A atividade de planificação sendo situada, num contexto específico, e construtiva favorece o desenvolvimento da abstração. Propomos uma formalização do desenvolvimento da abstração articulando a perspetiva macrogenética e microgenética da atividade de planificação, estudada em situação de simulação da passagem de turno real e seguida pela realização da entrevista conceptual.

PALABRAS-CLAVE

Habilidad,
Variabilidad,
Desarrollo,
Cuidados de enfermería.

RESUMEN**EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES EN LA ACTIVIDAD COLECTIVA DEL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS.**

En lo que respecta a la parte teórica, el objetivo de nuestro artículo es reflexionar sobre el desarrollo de habilidades en el contexto laboral partiendo del estudio de la actividad del hombre y de su organización conceptual en un contexto social. Ponemos especial énfasis en dos características de actividad: en la variabilidad y en el desarrollo. La planificación es una actividad de conceptualización, adaptación contante en un contexto específico, elaboración y reelaboración de conceptos, reglas y acciones pasadas, en el contexto actual. La actividad de planificación, que

Manuscrito recibido en:
junio/2015
Aceptado tras peritaje:
noviembre/2015

se queda en un contexto específico, y constructiva favorece al desarrollo de abstracción. Proponemos una formalización del desarrollo de la abstracción haciendo una articulación entre la perspectiva macro y micro genética de la actividad de planificación, estudiada en la situación de pasaje de turno real y seguida por la realización de la entrevista conceptual.

MOTS CLÉS

Compétences,
Variabilité,
Développement,
Soins infirmiers.

RÉSUMÉ

LE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES DANS L'ACTIVITÉ COLLECTIVE DE TRAVAIL DES INFIRMIERS.

D'un point de vue théorique, cet article propose une réflexion sur le développement de compétences en situation de travail à partir de l'étude de l'activité humaine et de son organisation conceptuelle dans un contexte social. Dans cette étude, deux caractéristiques de l'activité sont mises en relief: la variabilité et le développement. La planification est une activité de conceptualisation, d'adaptation constante à une situation spécifique actuelle, d'élaboration et de réélaboration de concepts, de règles, d'actions passées. Dans la mesure où l'activité de planification est localisée et constructive, elle favorise le développement de l'abstraction. Nous proposons une formalisation du développement de l'abstraction en articulant ce que nous avons nommé les perspectives macro-génétique et micro-génétique de l'activité de planification. Cette dernière est étudiée dans des situations de simulation de relèves de poste et par le biais d'entretiens que nous avons qualifié de «conceptuels».

KEYWORDS

Competences,
Variability,
Development,
Nursing care.

ABSTRACT

THE DEVELOPMENT OF COMPETENCES IN THE COLLECTIVE ACTIVITY OF THE NURSE WORK.

In a theoretical point of view, the aim of our article is to reflect about the development of the competences, in a working context, starting from the study of the human activity and its conceptual organization in a social context. We point out two characteristics of activity; the changeable and the development. We start from this theory to question the planning of the practice of the nursing care, in the context of changing shifts.

Planning is an activity of conceptualizing, constant adaptation to a specific context, elaborating and elaborating again the concepts, rules, past actions, in a present context. The planning activity placed in a specific context and when constructive, favors the development of abstraction. We suggest a formalization of the abstract development, articulating the macrogenetics and microgenetics of the planning activity, studied in a simulated situation of changing shifts and followed by the realization of a conceptual interview.

1. INTRODUÇÃO

O estudo que apresentamos foi realizado no Serviço de Cirurgia Geral de um Hospital Público português e o seu objetivo inicial foi descrever o trabalho real dos enfermeiros: as estratégias desenvolvidas para realizar as tarefas, diversificadas e em constante interação, num contexto complexo e mutável. Algumas tentativas para descrever as tarefas do enfermeiro haviam surgido em 1994 com o objetivo de estabelecer padrões de qualidade no trabalho de enfermagem nas quais os enfermeiros não reviam a sua atividade. Tornou-se, assim, evidente a dificuldade de avaliar a qualidade e a importância do estudo da atividade do enfermeiro na sua interação com um contexto particular. O estudo iniciou-se sem qualquer pedido por parte da Direção do Hospital mas ao longo da sua realização fomos obtendo a colaboração dos enfermeiros, a sua disponibilidade e o seu enorme entusiasmo para comentar e explicar a atividade, as dificuldades sentidas, os problemas encontrados e as soluções parciais para os resolver, as propostas para melhorar a realização do trabalho, os conhecimentos utilizados. Durante aproximadamente 2 anos permanecemos quase diariamente no Hospital e participamos na experiência de trabalho dos enfermeiros, observamos a realização da atividade e efetuamos pequenas entrevistas durante a sua realização. Esta interação diária com os enfermeiros foi fundamental na nossa reflexão teórica que partiu de questões de Psicologia Cognitiva fundamentais para aprofundar duas características do trabalho do enfermeiro: a complexidade e a dinâmica. O quadro teórico apoiou-se numa abordagem cognitiva das competências, não dominante em Psicologia, defendida por vários autores (Fischer & Bidell, 2006; Pinsky & Theureau, 1982; Weill-Fassina, 1993): a competência é uma organização atual, uma ação intencional e organizada num contexto específico favorecendo o desenvolvimento, não linear e não determinado. Assim, é possível explicar porque é que o trabalhador põe em prática diversos saberes e saberes-fazer na realização de uma tarefa em diferentes contextos, manifestações da competência, assim como a sua progressiva organização em níveis de conceitualização mais abstratos. Através da nossa abordagem empírica pretendemos ilustrar o quadro teórico de que partimos, particularmente a hipótese desenvolvimental de uma continuidade e complementaridade entre as perspetivas macro e microgenética sobre a formação de competências. A articulação das duas perspetivas possibilitou uma primeira abordagem do desenvolvimento do saber na e para a ação no contexto do trabalho de enfermagem: como é que o conhecimento organizado por e para uma determinada situação evolui ao longo da vida profissional? As experiências vividas possibilitam o controlo da ação que se torna mais eficaz e ajustada às situações? As experiências vividas proporcionam uma outra leitura da ação em situação? O saber, organizado por e para uma situação concreta, torna-se mais abstrato e menos dependente das situações concretas no decorrer da vida profissio-

nal? a ação, mais ajustada às características da situação integra a imprevisibilidade das situações? Como podemos caracterizar a gestão da imprevisibilidade na planificação?

Foram estas interrogações teóricas que orientaram a segunda fase do nosso estudo, após os dois anos iniciais, durante a qual realizamos registos áudio visuais da passagem de turno utilizados posteriormente em situação de simulação da passagem de turno. Esta metodologia possibilitou uma abordagem mais precisa e sistemática da atividade do enfermeiro e uma primeira proposta de formalização das estratégias de prestação de cuidados e registos de funcionamento no planeamento das ações de prestação de cuidados. O estudo que apresentamos é uma tentativa de descrever, de forma necessariamente sintética, o trabalho de investigação realizado.

2. A TRANSFORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA: ADAPTAÇÃO A UM CONTEXTO OU CONSTRUÇÃO DE NOVAS COMPETÊNCIAS E CONTEXTOS?

A conceção da competência como estrutura supõe a formação e a transformação da competência através da ação num processo de apropriação. Esta perspetiva, já presente nos trabalhos de Piaget (1975), levanta questões fundamentais e gerais sobre a interdependência da ação e do conhecimento: o conhecimento e o ato de conhecer são separados? Os significados são construídos na atividade de conhecer? Qual o papel do contexto na atividade de conhecer?

Na Psicologia do Trabalho estas questões são debatidas nomeadamente nos estudos realizados no âmbito da Ergonomia da Atividade. Na discussão os autores interrogam-se sobre a noção de competência: ação intencional e organizada num contexto ou ação atualizada num contexto?

As duas abordagens distinguem-se na forma como concebem a cognição: a cognição é o conhecimento? o conhecimento e a representação são distintos? O conhecimento é independente da experiência do sujeito e a representação depende da experiência? Ou o conhecimento e a representação coincidem e o sujeito constrói os seus conhecimentos e representações através da sua experiência. Neste último caso, o conhecimento e as atividades de conhecer não são separados e existe, por isso, uma relação entre conhecimento e experiência, perspetiva defendida por Weill-Fassina (1993). Para a autora o conhecimento e o ato de conhecer é uma construção permanente do mundo conduzindo este debate a uma outra interrogação: os significados, a intencionalidade é construída no contexto da ação ou ela é predefinida e, sendo assim, a ação é pré organizada? Pinsky e Theureau (1982) distinguiram o processo de construção de significados em situação do processo de tratamento da informação propondo a noção *cours d'action* para a análise da atividade. Os autores salientaram a importância das relações que o trabalhador constrói, no decurso

da atividade, entre ações, comunicações e interpretações organizando permanentemente a sua ação. O coletivo de trabalho e o contexto social são fundamentais na formação da competência sendo o processo de formação da competência mais do que uma simples adaptação ao meio social. O processo de formação é, também, a criação de um novo contexto social e a criação de novos sentidos e novas relações nesse meio.

Strauss, Schatzman, Bucher, Ehrlich e Sabshin (1992) nos estudos que conduziram em contexto hospitalar salientaram que no funcionamento de um hospital existe um espaço de contingência negociado através de relações intersubjetivas que evoluem no tempo. Para Clot (1995), este espaço de troca intersubjetiva das atividades estaria na origem de um trabalho intrapsíquico, e estas passagens do coletivo ao individual seriam fundamentais para compreender como é que a atividade pode ser desenvolvida e como é que novas competências se formam. Inspirado na obra de Vygotsky (1934, 1996), Clot (1995) propôs a noção de desenvolvimento potencial para explicar que na realização do trabalho existe um espaço potencial de ação que é utilizado pelo trabalhador para atribuir novos significados às atividades e construir, assim, novas competências.

Os estudos empíricos, realizados no domínio da Ergonomia da Atividade, sobre a cooperação e a comunicação no trabalho, ilustraram como é que determinadas práticas coletivas no trabalho favorecem a apropriação do real, o movimento do trabalhador na sua zona de desenvolvimento potencial (Clot, 1995) e em consequência a construção de novas competências. Por exemplo, Grusenemyer (1996), Cahour e Salembier (1995), Falzon (1989), estudaram a cooperação através da análise da comunicação no grupo de trabalho. Nesta perspetiva a comunicação é considerada um ato de linguagem (Searle, 1979), um ato com uma intencionalidade que supõe a transformação do locutor, a transformação do interlocutor e das suas relações. Grusenemyer (1996) evidenciou os processos de ajustamento e a construção de representações funcionais partilhadas através da análise dos diálogos de trabalhadores durante a passagem de turno. Cahour e Salembier (1995), Falzon (1989) salientaram, nos diálogos entre peritos e principiantes, a construção de um modelo do interlocutor, os seus objetivos e conhecimentos, e as dificuldades e os erros de diagnóstico que surgem quando cada uma das partes não possui uma representação da outra.

Esta atividade de ajustamento e de cooperação é um processo de transformação horizontal da estrutura dos conhecimentos para a ação, existe transformação da competência no sentido da variabilidade. Este processo é acompanhado por um outro através do qual ocorrem transformações, da estrutura dos conhecimentos, no sentido da abstração.

3. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS: A PERSPETIVA MACROGENÉTICA E MICROGENÉTICA

Se articularmos a abordagem apresentada sobre o conhecimento e a representação e a sua construção através da ação intencional em situação, ilustrada através de alguns estudos empíricos realizados no domínio da Ergonomia da Atividade, com as questões sobre os processos de formação das competências, compreendemos a transformação das competências não só na sua variabilidade mas também do ponto de vista do seu desenvolvimento. A formação de competências ocorre através da interdependência de dois processos: o processo microgenético e o processo macrogenético (Weill-Fassina, 1993). Neste mesmo sentido e mais recentemente, Pastré (2007) salientou duas dimensões da atividade - produtiva e construtiva. Apesar de distintas, as duas dimensões são inseparáveis combinando conhecimentos organizados e desenvolvidos ao longo da vida profissional (dimensão produtiva) com conhecimentos sobre a atividade desempenhada pelo trabalhador num momento e contexto específico (dimensão construtiva). A articulação das duas dimensões possibilita a reconstrução dos saberes profissionais e das situações de trabalho. Na explicação microgenética é fundamental a tese funcionalista da teoria de Piaget (1975) sobre a transformação das estruturas cognitivas. O processo microgenético revela como é que os conhecimentos e as representações se transformam em períodos de tempo muito curtos e no decurso da atividade. Neste processo salienta-se o papel ativo do trabalhador, o seu funcionamento adaptativo em contextos muito específicos, instáveis e povoados de acontecimentos inéditos (Pastré, 2011). Nestes contextos, o conhecimento torna-se generalizado e diferenciado e, assim, temos uma contribuição importante para esclarecer a aparente incongruência das duas características da competência: a competência é particular a um contexto e simultaneamente pode ser aplicada em situações diversas. Porque a transferência não se reduz a um processo de generalização do qual resultam invariantes, a transferência implica processos de descontextualização mas também de recontextualização das invariantes (Roussel, 2011). Como consequência, a organização da ação é caracterizada por uma maior distância relativamente às situações concretas e pela compreensão do “porquê não se faz de outro modo” (Samurçay & Pastré, 1998, p. 108). Os conhecimentos são organizados em classes de situações mais ricas que incorporam a variabilidade das situações. A compreensão do “porquê não se faz de outro modo” revela a diferenciação do conhecimento, o seu ajustamento nas situações concretas. Compreende-se o que distingue as diversas situações, condições e constrangimentos e, em consequência, utiliza-se o conhecimento mais ajustado à especificidade de cada situação. Estas características são frequentemente observadas na realização de tarefas por peritos. Por exemplo, estudos que comparam os menos experientes com os mais experientes na rea-

lização de uma tarefa mostram que, os trabalhadores menos experientes prestam pouca atenção à especificidade das situações, às variações e aos imprevistos no trabalho (Delgoulet, 2015). Nos menos experientes verifica-se, também, um acesso menos rápido aos conhecimentos e os seus raciocínios são caracterizados por um baixo nível de abstração, baseiam-se nos traços de superfície das situações e são muito dependentes das condições de trabalho em que se encontram (Delgoulet, 2015). Segundo Weill-Fassina (2010), os mais experientes integram um número cada vez maior de elementos da situação progressivamente menos confundidos e dependentes da ação concreta.

O processo macrogenético descreve os vários patamares, estruturas, na formação do conhecimento durante longos períodos de tempo, ao longo da vida profissional. Trata-se de um processo de controlo da ação que implica a conceptualização ao longo da vida profissional sendo fundamental o contexto. O contexto de trabalho (regras, instrumentos, colegas, chefes, clientes) estabelece objetivos a atingir, constrangimentos a contornar, regras a seguir, proporciona a partilha de conhecimentos com os outros, etc. Neste processo, o controlo da ação é um processo de ajustamento criativo ao contexto de trabalho, um processo de confronto e compromisso entre decisões, ações e a observação dos seus efeitos e, em consequência, é um processo de transformação das tarefas no sentido da sua realização eficaz.

4. O TERRENO DO ESTUDO

4.1 Caracterização do Serviço de Cirurgia Geral

O Serviço de Cirurgia Geral está integrado num Hospital Público constituído por 17 Serviços: três Serviços de Cirurgia Geral e um Serviço de Especialidades Cirúrgicas (os 4 Serviços pertencem ao Departamento de Cirurgia), três Serviços de Medicina, dois Serviços de Ortopedia, um Serviço de Pediatria, um Serviço de Neonatologia, um Serviço de Consulta Externa, um Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, Urgência e Esterilização. O Serviço de Cirurgia Geral assegura os cuidados e tratamentos pós cirúrgicos a doentes submetidos a cirurgias gerais (tubo digestivo, mama, tireoide e vascular venosa) programadas ou de urgência. Podem ainda ser prestados cuidados e tratamentos necessários ao estabelecimento de um diagnóstico médico, habitualmente designados de doentes para estudo. O período de internamento dos doentes é, em média de 8,2 dias. A equipa de saúde é constituída por um diretor de departamento, cinco médicos, um enfermeiro chefe, 21 enfermeiros, 8 auxiliares de ação médica e é apoiada por um secretário de unidade (comum aos 4 serviços de cirurgia). O Serviço de Cirurgia Geral dispõe de uma capacidade máxima de internamento de 34 doentes, as 34 camas estão distribuídas por 10 enfermarias de 3 camas cada uma e quatro quartos individuais (isolamentos)

4.2 A qualidade

No período em que decorreu o estudo, o processo de acreditação para a prestação de cuidados com qualidade era um tema ainda embrionário no Serviço de Cirurgia Geral em estudo. A preocupação com a qualidade na prestação dos cuidados encontrava-se na prática diária dos enfermeiros, principalmente na forma como o trabalho é organizado. Vários atores ligados à prestação de cuidados (enfermeiros do serviço, enfermeiros professores orientadores dos estágios de enfermagem no serviço, alunos de enfermagem) e responsáveis do Hospital envolviam-se em discussões sobre a qualidade e a humanização dos cuidados de enfermagem e de saúde. Esta preocupação tornou-se manifesta ao nível das práticas a partir de 1994, período no qual se passou de uma prestação de cuidados à tarefa para uma prestação de cuidados pelo método individual. Segundo os vários intervenientes, esta transformação na forma de organizar o trabalho permitia criar relações de maior proximidade entre o enfermeiro e o doente e o melhor aproveitamento dos recursos da instituição. Na realidade, as transformações na organização do trabalho tiveram um impacto importante principalmente ao nível da colaboração entre enfermeiros tornando a sua atividade mais conceptual. Passou-se de situações de colaboração (Savoyant, 1984) nas quais são partilhadas tarefas prescritas para o mesmo doente, a situações de cooperação distribuída (Rogalsky, 1994). Nesta nova fase, os enfermeiros colaboram desempenhando individualmente tarefas de prestação de cuidados ao mesmo doente, em turnos diferentes, e participam, deste modo, na realização de uma tarefa com um objetivo comum mais global - a manutenção de um padrão de saúde de um doente. Uma importante característica na nova forma de colaboração é que múltiplas pessoas participam na realização de objetivos mais globais e, por isso, a discussão sobre os cuidados a prestar ao mesmo doente, nos diversos turnos, torna-se fundamental. Estas relações de cooperação distribuída são apoiadas por práticas de trabalho reconhecidas, por exemplo a passagem de turno. Neste contexto de valorização dos conhecimentos e da prática de enfermagem, decorria, simultaneamente, no hospital um estudo sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, sob a orientação da Direção Geral dos Hospitais e integrado num programa de cooperação com a Organização Mundial de Saúde. O estudo procurava implementar uma metodologia e um modelo para a atividade do enfermeiro. A metodologia, o processo de enfermagem, propõe quatro etapas lógicas sucessivas na prestação de cuidados com qualidade (identificação de problemas de enfermagem, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem), salientando-se a importância dos conhecimentos de enfermagem em cada etapa (o modelo). Mas a metodologia e o modelo propostos encontravam vários obstáculos para a sua implementação e as principais razões relacionavam-se com a necessidade de redefinir os problemas de enfermagem, colocando importantes questões ao nível dos conhecimentos de enfer-

magem aprendidos na escola, reorganização das tarefas de enfermagem no hospital e da relação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde e com o coletivo mais amplo do hospital. Salienta-se a importância da recolha de dados sobre os contextos da atividade e é prevista uma forma lógica de lidar com os problemas humanos, no entanto não é considerada a possibilidade de construção dos significados e do sentido da atividade na interação com o contexto. Como vários enfermeiros o afirmam “quando utilizamos o processo de enfermagem voltamos à escola” porque a atividade do enfermeiro não se limita a um conjunto de etapas de raciocínio aplicáveis a situações predefinidas, visíveis e lógicas. A atividade é uma construção única que concilia o rigor dos conhecimentos e do raciocínio, características do processo de enfermagem, com a pertinência do significado da ação em situação. É esta construção que muitos enfermeiros pretendiam ver desenvolvida na passagem de turno e noutras práticas de enfermagem através de relações de cooperação distribuída mas que, por motivos ligados à escassez de recursos (por exemplo, falta de pessoal) e reduzida influência da enfermagem no funcionamento do hospital, acabam por ser pouco valorizadas e, em parte, substituídas por práticas mais burocráticas na organização da prestação de cuidados. São estas práticas na passagem de turno que procuramos descrever em 4.3.. Em síntese, as transformações na organização do trabalho tornaram a atividade do enfermeiro mais conceptual e, simultaneamente, a implementação de uma abordagem lógica, técnica e predefinida dos cuidados contribuiu para fechar o enfermeiro num conjunto de receitas e procedimentos com pouco sentido para a sua prática. Foi neste contexto que iniciamos o nosso estudo de descrição do trabalho do enfermeiro, procurando salientar duas características: a complexidade e a dinâmica.

4.3 O trabalho do enfermeiro: um trabalho complexo e dinâmico

O trabalho diário do enfermeiro tem duas fases distintas, a prestação de cuidados e a passagem de turno. A prestação de cuidados obedece às normas próprias do hospital e do serviço, às rotinas e protocolos. As rotinas, “o que se faz todos os dias, com tempos marcados e atividades marcadas”, são mais frequentes no turno da manhã que se inicia com a prestação de cuidados especiais (avaliação de temperatura, glicemia, etc.) seguindo-se a prestação de cuidados de higiene e administração da medicação, realização de pensos, administração da medicação, posicionamentos e termina com o registo escrito de alterações nos processos do doente. Os protocolos são criados pelos enfermeiros e, nalguns casos, são negociados com a equipa médica, estabelecem os procedimentos a seguir em determinadas situações, as condições para a sua aplicação (quando e em que circunstâncias) e os limites de atuação dos enfermeiros. O conhecimento dos protocolos é mobilizado nas situações de rotina ou na procura de respostas e soluções para as situações inesperadas relacionadas quer com o estado do doente

quer com acontecimentos do serviço (por exemplo, se o doente tem dor o enfermeiro pode administrar um analgésico).

A passagem de turno é um período de encontro entre os enfermeiros que terminam o turno de trabalho e os enfermeiros que iniciam o novo turno. Tem uma duração aproximada de trinta minutos e realiza-se três vezes por dia: passagem de turno das 8h, passagem de turno das 16h e passagem de turno das 24h. O objetivo deste período de trabalho é a transmissão e discussão das informações relativas aos doentes, funcionamento do Serviço e Hospital. Estas informações são apresentadas oralmente pelo enfermeiro que termina o turno de trabalho. No entanto, devido principalmente à duração deste momento, trinta minutos para transmitir informação relativa a trinta e quatro doentes, a passagem de turno acaba por se reduzir, frequentemente, à transmissão de informação. Os cuidados prestados e a prestar raramente são objeto de discussão e a transmissão de informação tem uma função fundamental: coordenar as ações entre os vários elementos da equipa de saúde que prestam cuidados nos diferentes turnos assegurando-se a qualidade dos cuidados. A passagem de turno apoia-se em diferentes informações:

- registos escritos que descrevem a evolução do estado do doente desde o início do internamento – o processo do doente; o processo do doente inclui, entre outros registos, as notas de enfermagem que, para alguns doentes, escolhidos aleatoriamente pelos enfermeiros, são organizadas segundo o processo de enfermagem;
- registos escritos que fornecem uma visão rápida, global e sintética do estado do doente durante um turno, atualizada em todos os turnos (plano coletivo de cuidados);

As notas de enfermagem são, em conjunto com o plano coletivo de cuidados, um dos principais meios de comunicação dentro da equipa de enfermagem e com a equipa de saúde (médicos e auxiliares de ação médica).

Durante o turno, os enfermeiros procuram seguir o plano que cada um estabelece durante a passagem de turno mas esta organização pode ser posta em causa por acontecimentos imprevistos que exigem um ajustamento constante da atividade à evolução do estado do doente e às ações dos outros elementos da equipa de saúde. Principalmente no turno da manhã numerosos imprevistos surgem e perturbam o plano inicial sendo os mais frequentes as altas médicas não previstas, as entradas não programadas para cirurgias, que implicam um conjunto de tarefas administrativas e ocupam uma grande parte do tempo de trabalho (preenchimento de papéis, contato com as famílias, informação do doente, etc.) e a vigilância das alterações do estado do doente. Como refere uma enfermeira:

“Por vezes planeamos muitas coisas, às vezes planeamos e executamos ao mesmo tempo e outras vezes fazemos planea-

mentos encadeados, estamos a pensar uma coisa e surge outra para fazer, temos de estar sempre a fazer isto senão perde-se muito tempo e não conseguimos fazer tudo”.

Por isso a atividade do enfermeiro é complexa e dinâmica (Hoc, 1996). Complexa porque obriga num determinado momento a considerar múltiplos elementos, em interação, para avaliar o estado do doente e agir. É assim que uma enfermeira que regressa ao serviço depois de três folgas consecutivas, comenta, no fim da passagem de turno, as atividades de prestação de cuidados que vai iniciar:

“Não conheço os doentes e os colegas não os apresentaram durante a passagem de turno, por isso estou a ver os diagnósticos, os cuidados iniciais, o que foi feito ontem, como se alimentaram para poder planear o que vou fazer e conhecer melhor os meus doentes”.

Os dados que o enfermeiro dispõe para avaliar, estabelecer objetivos, realizar intervenções, são inseridos num contexto institucional, na história passada e atual do doente que raramente apresenta um único problema mas uma multiplicidade de problemas que interagem e resultam num sinal, num sintoma específico, numa queixa que, também, evolui no tempo, obrigando a um complicado trabalho de articulação. A articulação com outros Serviços do Hospital não é fácil, cada um tem as suas regras de funcionamento (horários, procedimentos, registos de enfermagem, uma linguagem própria, etc.) obrigando a um complicado trabalho de articulação. Uma enfermeira comenta do seguinte modo o problema de um doente que acaba de entrar no Serviço, enviado pelo Serviço de Urgência:

“Eu conheço este doente, esteve internado em Setembro aqui e conheço os seus problemas sociais. Sei que entrou com uma úlcera duodenal no Serviço de Urgência e eu tenho de falar com o marido, vigiar as perdas hemáticas, ela tem prescrição de entubação nasogástrica, mas não percebo nas notas de enfermagem da urgência se esteve entubada e retirou, se não esteve entubada, não percebo o que se passou, tenho de falar com os meus colegas (do serviço de urgência)”.

Por isso, a atividade também é dinâmica, o estado do doente evolui continuamente em parte, de forma espontânea e, em parte, dependente das ações de enfermagem, ou outras, que sobre ele são exercidas. O enfermeiro enfrenta, assim, a imprevisibilidade dos efeitos das ações próprias e dos outros, da evolução do estado do doente e da sua combinação.

Estas características da atividade justificam o estudo da planificação da ação, realizada durante a passagem de turno, segundo a perspetiva macrogenética e microgenética.

5. METODOLOGIA

5.1 Objetivos e caracterização dos participantes

No estudo da planificação durante a passagem de turno foram definidos três objetivos específicos:

- Caracterizar a atividade de planificação das ações prescritas e não prescritas, propondo uma grelha para a sua análise;
- Compreender o papel da antiguidade no Serviço e dos conhecimentos na planificação da ação prescrita e não prescrita;
- Compreender o papel da antiguidade no Serviço e da incerteza na atividade de planificação das ações não prescritas.

A escolha de um Serviço de Cirurgia Geral deveu-se à possibilidade de conciliar a recolha de dados com os nossos objetivos; o que exigia, principalmente:

- a disponibilidade dos enfermeiros para participarem na recolha de dados - a sua autorização para a realização de observações do trabalho em contexto real, para a prestação de esclarecimentos e informações sobre a atividade observada e para a realização de entrevistas sobre a passagem de turno;
- a autorização de todos os elementos da equipa de saúde do Serviço, enfermeiros, médicos e auxiliares de ação médica, para a realização das gravações audiovisuais da passagem de turno;
- a autorização do Hospital para a nossa permanência na instituição, para a gravação audiovisual do trabalho de enfermagem em contexto real e para a consulta de documentos e informações sobre os doentes.

No conjunto dos 21 enfermeiros do Serviço de Cirurgia Geral, participaram voluntariamente na realização da simulação da passagem de turno e das entrevistas nove enfermeiros. A escolha dos nove enfermeiros deveu-se, simultaneamente, a dois critérios:

- a experiência profissional no serviço, de acordo com a antiguidade no Serviço;
- a participação na respetiva passagem de turno real.

A antiguidade no Serviço

A antiguidade foi considerada constituindo-se três classes de antiguidade com três enfermeiros cada:

- A – experiência de trabalho no Serviço entre um ano e sete meses e quatro anos e cinco meses, formação no nível do bacharelato e categoria profissional enfermeiro

- B – experiência de trabalho no Serviço entre cinco anos e seis meses e dez anos e um mês, formação ao nível do bacharelato e na categoria profissional enfermeiro.
- C – experiência de trabalho no Serviço entre dez anos e dez meses e treze anos e seis meses; no conjunto dos três enfermeiros pertencentes a esta classe de antiguidade, dois têm uma formação ao nível do bacharelato e um enfermeiro possui a licenciatura em enfermagem; os três situam-se na categoria profissional de enfermeiro graduado.

Escolhemos agrupar os enfermeiros em três classes de antiguidade com o objetivo de caracterizar um momento intermédio do seu percurso profissional, durante o qual podem ocorrer acontecimentos distintos dos que caracterizam o início e as fases mais tardias deste percurso. Por outro lado, procuramos, no conjunto dos vinte e um enfermeiros, incluir em cada classe de antiguidade, o mesmo número de enfermeiros com antiguidades no Serviço e na Instituição próximas e, simultaneamente, mais distantes relativamente à(s) classe(s) de antiguidade anterior(es) e seguinte(s). Considerando as características da antiguidade no Serviço e na Instituição no conjunto dos enfermeiros do Serviço, este último critério foi atingido apenas parcialmente.

A participação na passagem de turno real

Para a realização da passagem de turno simulada e entrevistas, escolhemos enfermeiros que não participaram na passagem de turno real, correspondente. Uma vez que pretendíamos comparar enfermeiros de acordo com a sua experiência profissional no serviço, a informação deveria ser igual para todos os enfermeiros que participaram na passagem de turno simulada e, por isso, estes deveriam ser confrontados com a mesma situação de trabalho. Assim, as informações orais e outras, recolhidas e retidas, relativas à atividade realizada em turnos imediatamente anteriores à passagem de turno, fundamentais na procura de informação, nas interpretações que realiza e nas decisões que o enfermeiro toma durante a passagem de turno, deveriam ser controladas. Por isso, para além dos casos dos doentes terem sido iguais para cada uma das classes de antiguidade (o mesmo número de doentes, diagnósticos e os seus estados no momento da passagem de turno) procuramos, também, que a informação oral e retida sobre a atividade, nos turnos imediatamente anteriores e posteriores à passagem de turno real, fosse igual para todos os enfermeiros. Distanciamos, por isso, no tempo as passagens de turno reais e a sua simulação (a passagem de turno simulada foi realizada um mês após a realização da correspondente passagem de turno real) e escolhemos enfermeiros que não haviam participado na passagem de turno real. Consideramos que, desta forma, os enfermeiros dispunham da mesma informação escrita disponível, no momento da passagem de turno simulada, e a informação não escrita, sobre aspetos específicos dos doentes ou das situações

de trabalho nos turnos imediatamente anteriores ou posteriores à passagem de turno real, não seria recordada pelo enfermeiro, durante a passagem de turno simulada, uma vez que este não havia participado na passagem de turno real.

Para cada um dos enfermeiros a simulação realizou-se com base numa passagem de turno real (manhã ou tarde ou noite) e a entrevista conceptual baseou-se na apresentação de informação relativa, somente, a três casos de doentes apresentados nessa passagem de turno real.

No quadro 1 apresentamos a distribuição dos enfermeiros das três classes de antiguidade pelas três passagens de turno e pelos doentes apresentados.

Antiguidade no Serviço	Passagem turno manhã			Passagem turno tarde			Passagem turno noite		
	Doente 1	Doente 2	Doente 3	Doente 4	Doente 5	Doente 6	Doente 7	Doente 8	Doente 9
A	A1	A1	A1	A2	A2	A1	A3	A3	A3
B	B1	B1	B1	B2	B2	B2	B3	B3	B3
C	C1	C1	C1	C2	C2	C2	C3	C3	C3

Quadro 1: Distribuição dos enfermeiros das três classes de antiguidade, pelas três passagens de turno e pelos nove doentes.

Como podemos constatar através da observação do Quadro 1, cada uma das classes de antiguidade, A, B ou C, é constituída por três enfermeiros. Um enfermeiro da classe A, B e C (A1, B1 e C1, respetivamente) participou na simulação da passagem de turno da manhã, um enfermeiro da classe A, B e C (A2, B2 e C2, respetivamente) na passagem de turno da tarde e um terceiro enfermeiro da classe A, B e C (A3, B3 e C3, respetivamente) na passagem de turno da noite. Outro elemento a salientar é a distribuição dos enfermeiros, das três classes de antiguidade, pelos casos dos doentes: um enfermeiro da classe A, um enfermeiro da classe B e um enfermeiro da classe C realizaram a planificação da atividade relativa aos mesmos três doentes. Como mencionamos, desta forma procuramos controlar, mantendo iguais nas três classes de antiguidade, possíveis efeitos relacionados com especificidade da patologia de cada doente e do conteúdo do trabalho nos três turnos que, embora fundamentais na organização da ação, não foram analisados neste estudo.

5.2 A simulação da passagem de turno e a entrevista conceptual

Os resultados que apresentamos no ponto 6 foram recolhidos num contexto que procurou reproduzir uma passagem de turno real. Esta opção deveu-se ao fato de não ser possível realizar entrevistas aos enfermeiros durante o período da uma passagem de turno real. A simulação da passagem de turno e a entrevista conceptual foram realizadas individualmente, numa sala de trabalho no hospital, durante o tempo de trabalho.

Cada sessão de simulação teve uma duração média de quinze minutos e foi constituída por três momentos:

- inicialmente o investigador pedia ao enfermeiro para se imaginar na passagem de turno real sendo dadas as instruções “Imagine que vai iniciar o trabalho no turno x (manhã ou tarde ou noite), vou transmitir-lhe informação relativas a 3 doentes que lhe estão atribuídos no plano coletivo de cuidados, agradeça que procedesse como numa passagem de turno real”;
- num segundo momento o investigador apresentou, individualmente, a cada um dos enfermeiros, toda a informação oral disponível na passagem de turno real (manhã ou tarde ou noite), relativa a três doentes; em simultâneo, alguns enfermeiros registavam a informação que consideravam útil, num bloco de notas, como o faziam habitualmente durante a passagem de turno real;
- no final os enfermeiros registaram, no seu bloco de notas, os cuidados a realizar com os seus doentes a partir das informações apresentadas no plano coletivo de cuidados, como é habitual na situação real de passagem de turno.

Imediatamente após a simulação, foi realizada, individualmente, a entrevista conceptual com uma duração média de noventa minutos. Nesta entrevista apresentamos a informação que havia sido transmitida oralmente, durante a simulação da passagem de turno, decomposta em enunciados (mais pequena unidade de informação com sentido do ponto de vista da atividade do enfermeiro) e sequências (conjunto de enunciados ligados por uma relação causal ou de conteúdo). Para cada sequência pedimos ao enfermeiro para comentar o que iria fazer com a informação no turno que iria iniciar, pedindo-se para indicar o objetivo de cada uma das ações indicadas e para justificar porque faz aquilo que faz. Sempre que considerasse necessário o enfermeiro podia consultar informação adicional nos documentos disponíveis, devendo indicar as razões da consulta. As questões colocadas foram do tipo:

- o que vai fazer com a informação, o que quer dizer com esta informação, o que deduz com a informação;
- o que procura quando quer saber determinado valor? Quando vê x e diz que é y como é que sabe isso? Existe ligação entre os dois? Como a explica? Como é que x age sobre y?

As questões colocadas não procuraram estabelecer exhaustivamente todas as relações possíveis na informação disponível. As relações não foram procuradas pelo investigador, elas surgiam à medida que o enfermeiro centrava a sua atenção sobre um ou outro aspeto do doente, procurando-se a explicitação dos saberes e do raciocínio que o enfermeiro realizava, espontaneamente, sobre os dados do doente.

A entrevista foi gravada e transcrita para análise.

6. RESULTADOS

6.1 A grelha de análise da passagem de turno

A grelha de análise proposta constitui uma primeira proposta, por isso exploratória, para o estudo dos saberes, segundo as duas abordagens seguidas (macro e microgenética), devendo ser re-trabalhada e melhorada por outras análises, a realizar em estudos futuros.

De acordo com a perspectiva macrogenética, a planificação das ações durante a passagem de turno é um modo de controlo da ação através da conceptualização ao longo da vida profissional. O contexto de trabalho, os outros, as normas da instituição, os protocolos e as prescrições são fundamentais no trabalho de conceptualização. Assim, procuramos compreender o papel particular da experiência (antiguidade no Serviço) e dos conhecimentos na planificação da ação prescrita (regras institucionais, prescrições médicas, protocolos) e não prescrita (ações autónomas do enfermeiro). Identificamos objetivos do enfermeiro para o turno que vai iniciar, ações (regras de ação prescritas e não prescritas) e as suas justificações (regras de compreensão).

O plano de ação é constituído por:

- objetivos, por exemplo “vigiar heparinização”;
- ações (regras de ação), por exemplo “se heparina vigiar o local da punção”;
- explicação das ações (regras de compreensão - justificações, explicações, motivos, razões); na explicação da ação encontramos catorze tipos de conhecimentos; por exemplo, a enfermeira explica porque é importante vigiar uma doente com isquemia e verificar a fórmula leucocitária: “a doente pode ter uma infeção e nesse caso estes valores estão todos alterados, vai haver libertação de toxinas, começa a ficar naquele quadro de uma sepsis, a doente começa a ficar desorientada e pode morrer”

De acordo com a perspectiva microgenética procuramos caracterizar a atividade de planificação da ação nas situações prescritas e não prescritas. Estudamos esta atividade identificando, para além dos objetivos, ações, e justificações (tal como na perspectiva

macrogenética), as fontes da informação e o tipo de alternativas que o enfermeiro propõe. Procuramos, assim, abordar a conceptualização da ação do ponto de vista da extensão dos saberes em termos espaciais, temporais e dos possíveis (Piaget, 1978).

Na explicação da atividade de planificação, o enfermeiro centra-se em determinados dados sobre o doente (sintomas físicos, reações psicológicas, diagnósticos médicos, zonas anatómicas, ações e procedimentos realizados, etc.), recolhidos junto de diferentes fontes de informação (documentos escritos, transmitidos oralmente). As explicações são relações entre estes dados explicitando diferentes tipos de saberes (condições fisiológicas – por exemplo, a circulação nas artérias obstruídas; vigilância no tempo; comparações com uma norma – por exemplo, um número, uma média aritmética ou uma relação entre dois valores do tipo acima, abaixo, maior, menor, por exemplo a relação sódio potássio) sob determinadas formas. As fontes de informação e a forma como os saberes são explicitados são associados à incerteza. Assim, analisamos os dados considerando a sua fonte: registados, nos documentos escritos disponíveis durante a passagem de turno ou transmitidos oralmente; não registados em qualquer documento escrito e não transmitidos oralmente. No primeiro caso, os dados são constatados pelo enfermeiro enquanto que no segundo caso eles são, apenas, representados mentalmente, existindo uma maior distância relativamente aos dados concretos e uma maior incerteza relativamente à sua ocorrência – extensão espacial.

Do ponto de vista da forma analisamos as relações estabelecidas entre os dados do doente, os saberes, considerando a existência de alternativas e o tempo. No que se refere às alternativas, os saberes podem ser explicitados sob a forma de hipóteses e, neste caso, temos relações incertas; ou, pelo contrário, são estabelecidas relações sob a forma de identificações e, neste caso, são relações certas; o enfermeiro não exprime qualquer dúvida sobre a sua relação. A distinção entre o estabelecimento de relações certas e incertas é marcada pela possibilidade de coordenar simultaneamente diferentes perspetivas sobre a situação. Se as relações são certas, identificações, não existem alternativas na situação; se, pelo contrário, as relações são incertas, hipóteses, outras alternativas podem existir na situação – extensão dos possíveis.

Estudamos, também, os saberes explicitados no estabelecimento das relações entre os dados considerando-os do ponto de vista temporal. Os conhecimentos podem supor uma relação temporal entre dados ou uma relação não temporal. No primeiro caso existe vigilância, no tempo, da evolução da situação (comparação de um sinal ao longo do tempo) ou uma previsão, no presente, de cenários futuros (previsão causal); contrariamente ao que acontece nas relações temporais, nas quais existe incerteza, nas relações não temporais a ação é decidida imediatamente, sem incerteza relativamente à ação a realizar. Mas, nos dois tipos de relações temporais, a incerteza não é da mesma natureza porque o tempo tem um conteúdo com características distintas nas duas

situações. Por vezes, o tempo supõe uma atividade de vigilância da evolução da situação (comparação de um sinal ao longo do tempo), noutras situações indica uma atividade de representação da relação no tempo (previsão causal). A representação da relação no tempo obriga o enfermeiro a inferir o efeito de uma ação. Neste caso a relação temporal é, do ponto de vista cognitivo, distante das situações concretas de trabalho apoiando-se num modelo simples de pensamento causa-efeito. Mas quando comparada esta relação com as relações temporais não causais, atividade de vigilância da evolução da situação, estas últimas parecem-nos mais complexas uma vez que, e apesar de partirem da observação direta das situações, implicam não só relações de causa efeito como também observação da combinação de diferentes efeitos, a sua avaliação no tempo e a sua integração com outros elementos da situação que podem, entretanto, ser alterados. Neste último caso a incerteza parece aumentar.

Assim, consideramos que a explicação da ação com base em dados não registados nos documentos do doente, sobre os quais são estabelecidas relações hipotéticas e baseadas em conhecimentos temporais não causais traduzem uma maior abstração, a sua extensão do ponto de vista espacial, temporal e dos possíveis e, em consequência, a integração da incerteza na ação. A combinação das diferentes possibilidades dos três critérios considerados origina doze formas de explicar a ação caracterizadas por diferentes tipos e graus de incerteza. Obtivemos, assim, uma escala com sete níveis de incerteza que caracterizam sete registos na explicação da ação, sete registos de funcionamento, apresentados no quadro 2.

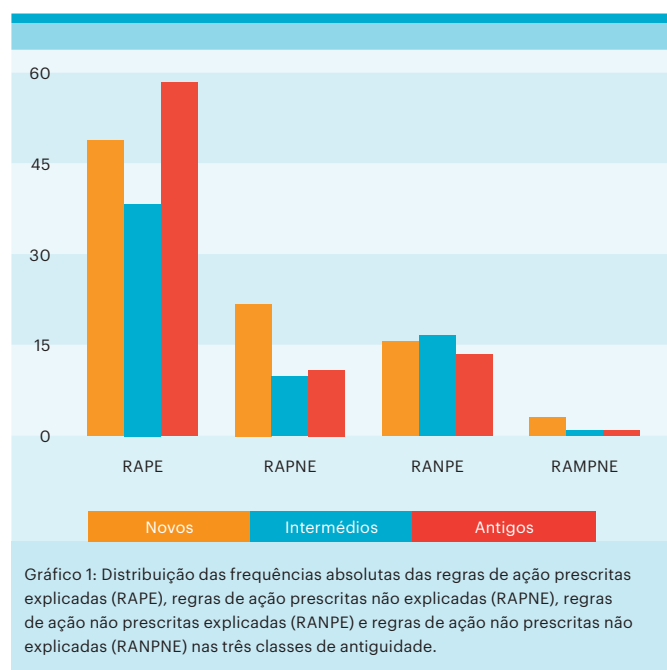
Registo de funcionamento	Grau de incerteza	Tipo de incerteza			Exemplos
Registo A	1 Sem incerteza	As decisões sobre as ações são tomadas no momento com base em dados concretos e sem coordenação de diferentes perspetivas sobre a situação.			1) “No processo do doente vejo que o doente tem problemas de isquemia e nas notas de enfermagem fico a saber que tem necrose no calcâneo, a doente tem comprometimento vascular e tem que haver decisão médica.”
Registo B	2 Muito pouco incerteza	As decisões sobre as ações são representadas no tempo, na forma causa-efeito, com base em dados concretos, e sem coordenação de perspetivas sobre a situação.			2) “As isquemias da doente (processo do doente) e a necrose no calcâneo (notas de enfermagem) vão regredir com a heparina, vou vigiar.”
Registo C	3 Pouco incerteza	1) As decisões sobre as ações são avaliadas no tempo, com base em dados concretos e sem coordenação de perspetivas sobre a situação.	2) As decisões sobre as ações são tomadas no momento, com base em dados concretos, e são coordenadas diferentes perspetivas sobre a situação.	3) As decisões sobre as ações são tomadas no momento com base em índices representados mentalmente e sem coordenação de perspetivas sobre a situação.	3.2) “A colega diz-me que a doente está deprimida e com febre e eu vou falar com a doente para ver se a depressão tem ou não a ver com a febre e falar com o médico.”
Registo D	4 Incerteza moderada	1) As decisões sobre as ações são representadas no tempo, na forma causa-efeito, com base em índices representados mentalmente, sem coordenação de perspetivas sobre a situação.	2) As decisões sobre as ações são representadas no tempo, na forma causa-efeito, com base em dados concretos e são coordenadas diferentes perspetivas sobre a situação.		4.2) “Estou a ver que ela teve ventre agudo (consulta folha de admissão) e isso é importante para saber se a serosidade purulenta é normal, pode ser ou não normal nos próximos 15 dias, vou vigiar nos próximos 15 dias.”
Registo E	5 Incerteza	1) As decisões sobre as ações são tomadas no momento, com base em índices representados mentalmente e são coordenadas diferentes perspetivas sobre a situação.	2) As decisões sobre as ações são avaliadas no tempo, com base em índices representados mentalmente e sem coordenação de perspetivas sobre a situação.	3) As decisões sobre as ações são avaliadas no tempo, com base em dados concretos e são coordenadas diferentes perspetivas sobre a situação.	5.3) “A doente tem problemas de respiração e foram prestados cuidados de higiene no leito com pouca colaboração da doente (consulta notas de enfermagem), se a doente não se movimentar durante o turno vou ter de a mobilizar, posso facilitar várias coisas ao mesmo tempo, ao nível da ventilação, pulmão e secreções.”
Registo F	6 Bastante incerteza	As decisões sobre as ações são representadas no tempo, na forma causa-efeito, com base em índices representados mentalmente e são coordenadas diferentes perspetivas sobre a situação.			6) “A doente entrou agora e já fez punção venosa e aguarda resultados, se a doente está num pós-operatório e se a doente tiver uma hemoglobina baixa tenho de a vigiar durante o turno porque a hemoglobina baixa pode ser uma hemorragia externa.”
Registo G	7 Muita incerteza	As decisões sobre as ações são avaliadas no tempo, com base em índices representados mentalmente e são coordenadas diferentes perspetivas sobre a situação.			Não foram obtidas regras de ação e compreensão neste registo.

Quadro 2: Caracterização dos sete registos de funcionamento.

As características da explicação da ação analisadas com base nestes critérios (extensão temporal, espacial e dos possíveis) traduzem, de acordo com a proposta de Piaget (1978) e Vermesch (1978), a estabilidade das respostas, a possibilidade de anular as perturbações integrando-as no esquema de ação, a resistência às perturbações (Weill-Fassina, 2010), característica dos trabalhadores mais experientes. Foi esta análise exploratória que efetuamos por classe de antiguidade (6.3.).

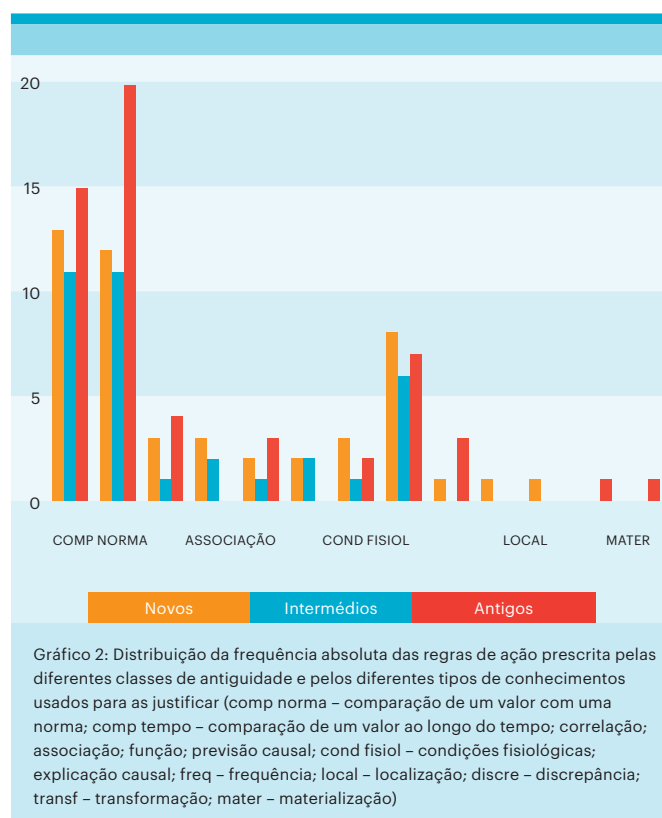
6.2 A antiguidade no serviço e os conhecimentos utilizados na explicação da ação prescrita e não prescrita

O número de regras de ação prescritas explicadas (RAPE), regras de ação não prescritas explicadas (RANPE), regras de ação prescritas não explicadas (RAPNE) e regras de ação não prescritas não explicadas (RANPNE) nas três classes de antiguidade é apresentado no gráfico 1.



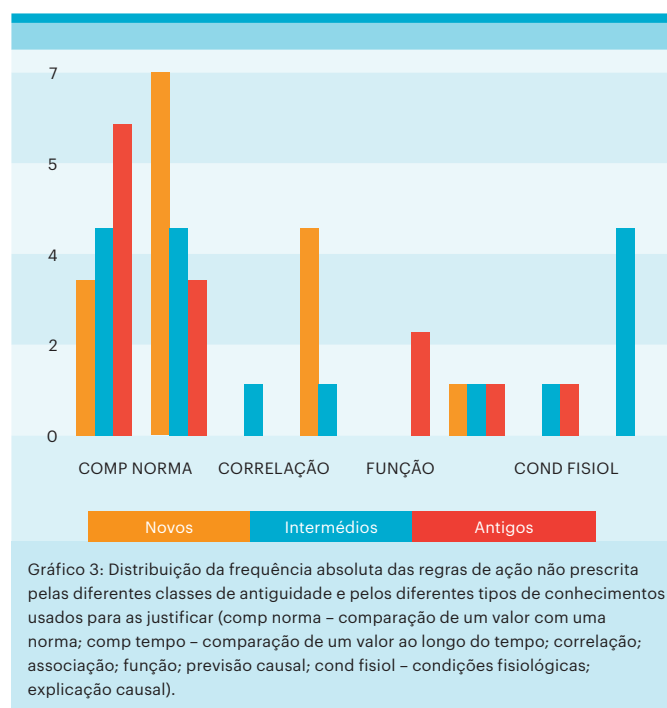
Na observação do gráfico 1 constata-se que no total são formuladas 231 regras de ação. Na atividade do enfermeiro, as RAP assumem um papel mais importante do que as RANP, o que indica que a atividade é guiada com base em prescrições médicas, protocolos e regras da instituição.

Relativamente às RAP, a comparação com uma norma, a comparação no tempo e a explicação causal são os saberes mais utilizados em qualquer classe de antiguidade, como podemos constatar no gráfico 2. De salientar que a comparação no tempo é o conhecimento mais utilizado pelos enfermeiros mais antigos no serviço e também aquele sobre o qual existe uma maior



distinção entre, por um lado, os enfermeiros mais novos e intermédios e, por outro lado, os enfermeiros mais antigos. Estes dados parecem indicar que os enfermeiros mais antigos planeiam vigiar, mais do que os outros, no tempo a evolução da situação do doente. No caso dos enfermeiros da classe intermédia e os mais novos, a comparação no tempo também é uma estratégia indicada para o turno mas estes enfermeiros estabelecem, de igual modo, comparações de um valor com uma norma. Na comparação de um valor com uma norma o enfermeiro evoca um número, uma média aritmética ou uma relação entre variáveis específicas do doente para julgar, numa situação, um valor acima, abaixo, normal, não normal, elevado, etc. (por exemplo, a relação entre o sódio e o potássio), para agir. Neste caso coordena conceptualmente os dados que são apresentados e julga-os de acordo com uma norma para agir. Para estes enfermeiros, as regras de ação prescrita são observadas no tempo e são também avaliadas. Para os enfermeiros mais antigos as prescrições são, também, avaliadas mas são em maior número observadas durante o turno.

Assim, e no que se refere à ação prescrita, salientamos uma evolução, com a antiguidade no Serviço, das estratégias de ação no sentido da observação das situações no tempo, o que pode traduzir um melhor conhecimento dos enfermeiros, mais antigos, relativamente às observações a realizar no turno assim como a importância que atribuem à adequação e ajustamento das suas práticas à evolução das situações. Parece-nos que estamos perante um maior controlo da ação nos mais antigos.



No que se refere às RANP, podemos observar no gráfico 3 que a comparação no tempo é o conhecimento mais utilizado, na planificação da ação.

Nos enfermeiros mais novos no Serviço, o conhecimento mais utilizado é a comparação no tempo. Nos enfermeiros intermédios são igualmente utilizados os conhecimentos comparação de um valor com uma norma, comparação no tempo e explicação causal. Este último tipo de conhecimento é, aliás, o que distingue estes enfermeiros dos enfermeiros mais antigos e mais novos, já que os intermédios são os únicos a utilizar a explicação causal na ação não prescrita. Nos enfermeiros mais antigos no serviço, a comparação com uma norma é o conhecimento mais utilizado, sendo de salientar que esta classe de antiguidade é, também, a única que utiliza o conhecimento função para explicar a sua ação.

Na comparação de um sinal ao longo do tempo o enfermeiro planeia observar, no turno, elementos relativos ao doente e ao Serviço. Principalmente nas ações não prescritas, ações para as quais não existem indicações formalizadas devendo o enfermeiro tomar as decisões de forma autónoma e agir, a planificação da ação deveria traduzir-se por uma maior preparação destas ações de observação. Assim sendo, a planificação da atividade incluiria um maior número de observações a realizar junto do doente (comparação no tempo) se comparada com a ação prescrita. Os resultados obtidos, relativos aos enfermeiros das três classes de antiguidade, não indicam esta maior preparação da ação não prescrita e consideramos, por isso, no caso da ação não prescrita, que a vigilância de um sinal ao longo do tempo indica uma estratégia passiva no tempo “esperar para ver”. Estes resultados

estão de acordo com análises de atividades de serviços. Degoulet (2015) salienta que os menos experientes dedicam pouco tempo à preparação da ação futura, à antecipação de imprevistos e problemas que ocorrem durante o trabalho. Nos enfermeiros mais antigos no Serviço, a ação caracteriza-se pela coordenação de vários elementos da situação, para estabelecer uma norma e agir (comp norma) como também se caracteriza pelo pragmatismo (função), a ação é um meio de diagnóstico e intervenção. Por exemplo, o doente está na cama e é não colaborante, o enfermeiro durante o turno vai posicionar o doente para aliviar as zonas de pressão. Nos enfermeiros da classe intermédia, a ação caracteriza-se por uma estratégia compreensiva já que existe uma avaliação causal, o estabelecimento de uma explicação causa-efeito (A é a causa de B ocorrer), num determinado momento, para agir. Neste caso, a coordenação conceptual entre elementos da situação refere-se a uma relação simples de causa e efeito.

Propomos, assim, três tipos de estratégia para caracterizar a ação não prescrita do enfermeiro: a estratégia passiva, a estratégia ativa e pragmática. Os três tipos de estratégia sugerem que, com a experiência profissional, existe transformação da ação não prescrita no sentido de um maior controlo das situações.

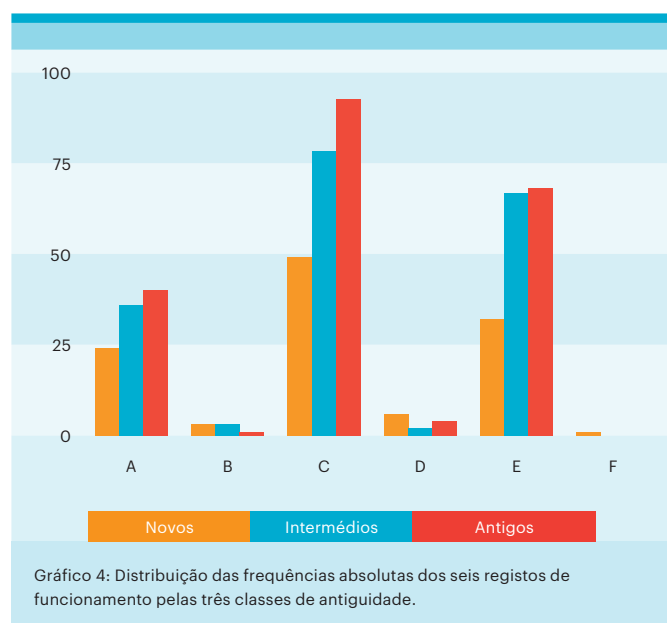
A comparação das estratégias de ação prescrita e estratégias de ação não prescrita sugere que a prescrição da ação não parece influenciar o desenvolvimento da atividade ao longo da vida profissional. Nas três classes de antiguidade, salientamos as características da ação não prescrita e prescrita nos enfermeiros mais antigos. Ambas parecem traduzir um maior controlo das situações, prescritas e não prescritas, por parte dos enfermeiros mais antigos.

6.3 A antiguidade no serviço e a incerteza na planificação da ação não prescrita

Analisamos as regras de compreensão segundo critérios que consideramos indicadores da sua extensão temporal, espacial e dos possíveis, conforme 6.1. Obtivemos frequências em seis dos sete registos possíveis, como podemos constatar no gráfico 4.

Os registos de funcionamento mais frequentes em qualquer classe de antiguidade são o registo C e o E, apresentando cada um três formas alternativas, como podemos constatar no Quadro 2. Comparando as frequências dos dois registos, verifica-se que o registo C é o mais frequente, em qualquer classe de antiguidade.

Comparando as características das três alternativas do registo de funcionamento C com as características das três alternativas do registo E (Quadro 2), constata-se que o registo E é ligado a uma maior incerteza sobre o que fazer e sobre os dados do doente. O enfermeiro dirige mais a sua atenção para elementos não constatados junto do doente, apenas representados mentalmente



e, considerando a situação do doente, ele interroga-se sobre outras alternativas. No entanto, parece-nos que a incerteza se associa a uma maior prudência já que dadas as características do trabalho do enfermeiro, ação exercida sobre o doente em circunstâncias que evoluem continuamente e sobre as quais não existe um completo controlo, esta forma de planear a sua ação integra a imprevisibilidade da situação sendo por isso mais realista e, deste modo, talvez mais adaptada e segura.

O registo de funcionamento E, apesar de menos frequente do que o registo C em qualquer classe de antiguidade, é mais frequente nos mais antigos e nos enfermeiros da classe intermédia, sugerindo que, com a experiência profissional, há integração da imprevisibilidade da situação na atividade de planificação.

6.4 As estratégias e a imprevisibilidade da ação

O conhecimento é organizado para a ação de acordo com diferentes conhecimentos que correspondem a diferentes formas de planear a ação para o turno relacionadas, obviamente, com as características dos doentes, do turno de trabalho mas também com a experiência profissional do enfermeiro. Assim, a comparação da planificação da ação nas três classes de antiguidade sugere que a experiência do enfermeiro proporciona o confronto com situações de trabalho que favorecem a ação mais adaptada a um contexto. A experiência profissional parece, também, proporcionar uma maior “resistência às perturbações” uma vez que o enfermeiro mais experiente integra, mais do que o menos experiente, a imprevisibilidade das situações na atividade de planificação que realiza. Neste sentido, a experiência de trabalho favorece o desenvolvimento de competências de gestão da imprevisibilidade na prestação de cuidados.

7. CONCLUSÃO

A descrição do trabalho, o quadro teórico e a metodologia que orientaram a nossa explicação da forma como o enfermeiro gere os múltiplos constrangimentos da sua atividade (objetivos próprios, objetivos da organização, recursos materiais, recursos humanos, regras) e desenvolve competências não pretende ter o valor de prova, o seu principal contributo é abrir o debate sobre o trabalho e propor a vários intervenientes, no mundo do trabalho, uma abordagem que salienta os fatores humanos na sua realização. Esta tentativa exploratória de aproximação à atividade do enfermeiro deve ser continuada pelo aprofundamento de várias questões que deixamos em aberto e pela análise de outras situações de trabalho.

A situação de trabalho escolhida para a análise foi definida como uma tarefa de planificação, tendo sido identificados, pelos enfermeiros, objetivos e meios para os atingir. Assim, foi possível ultrapassar uma análise técnica do trabalho do enfermeiro complementando-a com uma análise psicológica. Esta última permitiu identificar ações realmente praticadas, as estratégias planeadas para o turno, os recursos utilizados, as relações que os enfermeiros estabelecem entre diferentes elementos que caracterizam o seu ambiente de trabalho, as prioridades que estabelecem. A análise psicológica do trabalho e o quadro teórico no qual nos apoiamos também tornou possível uma primeira proposta de registos de funcionamento, formas de lidar com a incerteza característica do trabalho do enfermeiro.

Na análise do trabalho salientamos os seus aspetos sociais, a partilha de recursos e a construção em comum, ao longo da vida profissional, de ações, regras, linguagens, e a sua influência na conceptualização da prestação de cuidados. Mas os aspetos do trabalho coletivo do enfermeiro são fundamentais, a dependência relativamente aos enfermeiros de outros turnos e a outros profissionais da equipa de saúde para serem atingidos objetivos comuns na realização do trabalho. Assim, o nosso estudo deverá ser continuado no sentido de um maior aprofundamento dos aspetos sociais e, principalmente, dos aspetos coletivos insuficientemente abordados.

No plano coletivo parecem-nos importantes questões sobre como é que um mesmo objetivo é atingido por vários enfermeiros? Que tipo de interação se estabelece entre eles? Como é que ela se desenvolve ao longo da vida profissional? Como favorecer esta cooperação? Como favorecer a cooperação entre serviços? Estes aspetos, fundamentais no desenvolvimento das competências, são praticamente inexistentes durante a passagem de turno e, por isso, a continuação do estudo obriga a uma reformulação das condições e situações de recolha de dados.

No plano social, os aspetos sociais do trabalho foram reduzidos a uma análise por classe de antiguidade supondo-se que a antiguidade no Serviço seria um indicador da conceptualização, realizada ao longo da vida profissional, na interação com o contexto

social de trabalho. Assim, também consideramos fundamental o aprofundamento das conclusões que retiramos por classe de antiguidade. As análises individuais, estabelecendo comparações e distinções entre enfermeiros, com características de formação e experiências diversas, em substituição da análise por classes de antiguidade, são mais adequadas ao estudo que iniciamos. Cada enfermeiro é um caso singular que pode ser situado no conjunto de outros enfermeiros em função de características que, no nosso estudo, se reduziram à experiência de trabalho no serviço. A retenção destes indicadores é com certeza muito redutora da realidade, negligenciando, ainda que de forma provisória, diferenças fundamentais na explicação da ação: a formação específica do enfermeiro, as suas experiências, as características dos doentes e dos turnos de trabalho. A ação analisada é a ação explicitável, a ação também pode não ser explicada. Como Montmollin (1996) salienta existem situações de trabalho nas quais a emoção e a empatia são mais importantes do que os saberes na explicação da atividade e esta é, seguramente, uma dimensão importante na atividade do enfermeiro que, em diversas situações tem, simplesmente, como objetivo “fazer o doente sorrir”. O significado da atividade não se reduz ao tratamento de informação, quer esta seja pré-determinada ou construída em situação (Pinsky & Theureau, 1982; Weill-Fassina, 1993). Como muitos estudos sobre a carga psíquica dos enfermeiros o demonstram (Benner, 1987; Malchaire, 1992), o significado é também a gestão de sentimentos e de emoções fundamentais no controlo da ação. Assim, estudos futuros deverão contemplar a dimensão experiencial da atividade (Schwartz, 2011), na qual é fundamental considerar a articulação corpo-mente na ação humana, sobre os objetos e sobre os outros, num determinado contexto. O conceito de *corps-soi*, proposto por Schwartz (2011), é fundamental nesta análise.

Apesar da especificidade do nosso estudo e do seu carácter exploratório, constatamos a variabilidade de estratégias e a sua transformação ao longo da vida profissional o que sugere o interesse em alargar o estudo a outras populações de enfermeiros na realização de outras tarefas noutros contextos de trabalho em situação de cooperação. A continuação deste tipo de estudos possibilitará, com certeza, a recolha de outros dados que permitirão complementar e ampliar a nossa compreensão sobre a variabilidade e o desenvolvimento de competências..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Manual de comportamiento profesional. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- Cahour, B., & Salembier, P. (1995). Cooperation & cooperator modeling. *Proceedings of the Institut National de Recherche en Informatique et en Automatique*, 187-202.
- Clot, Y. (1995). *Le Travail sans l'Homme? Pour une Psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris: Éditions La Découverte.
- Delgoulet., C. (2015). Novato?. *Laboreal*, 11(2).
- Falzon, P. (1989). *Ergonomie cognitive du dialogue*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Fischer, K. W., & Bidell T. R. (2006). Dynamic development of action, thought and emotion. In W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Theoretical models of human development. Handbook of child psychology*, (pp. 313-399). New York: Wiley.
- Grusenmyer. C. (1996). *De l'analyse des communications à celle des représentations fonctionnelles partagées. Une application à la relève de poste*. INRS, Service Ergonomie et Psychologie Industrielle, Paris.
- Hoc, J.M. (1996). *Supervision et contrôle de processus, la cognition en situation dynamique*. Grenoble: PUG.
- Malchaire, J. (1992). Evaluation de la charge de travail des infirmières. In M. Estryn-Behar, C. Gadbois, & M. Pottier (Coord.), *Colloque International Ergonomie à l'Hôpital* (pp. 217-221). Paris: Octares Editions.
- Montmollin, M. (1996). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome. In J. M. Barbier (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 189-199). Paris: PUF.
- Pastré, P. (2007). Activité et apprentissage en didactique professionnelle. In M. Durand & M. Fabre (Eds.), *Les situations de formation entre savoirs, problèmes et activité* (pp. 103-121). Paris: L'Harmattan.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle, approche anthropologique du développement des adultes*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1975). *L'équilibration des structures cognitive, problème central du développement*. Paris: PUF.
- Piaget, J. (1978). *Introduction. Recherches sur la généralisation*. Paris: PUF.
- Pinsky, L., & Theureau, J. (1982). *Activité cognitive et action dans le travail*. Paris: CNAM.
- Roussel, J. F. (2011). Le transfert des apprentissages en milieu organisationnel: réflexions, perspectives et nouvelle taxonomie. *Travail et Apprentissages*, 8, 11-29.
- Rogalski, J. (1994). Formation aux activités collectives. *Le Travail Humain*, 57(4), 367-386.
- Savoyant, A. (1984). Définition et voies d'analyse de l'activité collective des équipes de travail. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 4(3), 273-284.
- Searle, J. R. (1979). *Expression and meaning—studies in the theory*

- of speech acts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schwartz, Y. (2011). Pourquoi le concept de corps-soi? Corps-soi, activité, expérience. *Travail et Apprentissages*, 7, 148-177.
- Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlich, D., & Sabshin, M. (1992). L'Hôpital et son ordre négocié. In I. Baszanger (Org.), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme* (pp. 87-112). Paris: L'Harmattan.
- Samurçay, R. & Pastré, P. (1998). *L'ergonomie et la didactique, l'émergence d'un nouveau champ de recherche: didactique professionnelle*. Deuxièmes Journées Recherche et Ergonomie. Toulouse, France
- Vermesch, P. (1978). Une problématique théorique en Psychologie du Travail, essais d'application des théories de J. Piaget à l'analyse du fonctionnement cognitif de l'adulte. *Le Travail Humain*, 41(2), 265-278.
- Vygotsky, L.S. (1996). *Pensamento e Linguagem* (6ª Edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Weill-Fassina, A. (1993). Introduction. In A. Weill-Fassina, P. Rabardel, & D. Dubois (Dir.), *Représentations pour l'action* (pp. 13-27). Toulouse: Octares Éditions.
- Weill-Fassina, A. (2010). *Evolutions de la gestion de la sécurité en situation de travail avec l'expérience professionnelle*. Report n° 58. Paris: CREAPT-CEE.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Freitas, I. (2015). O desenvolvimento de competências na atividade coletiva de trabalho dos enfermeiros. *Laboreal*, 11 (2), 63-78.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215if>

RESÚMENES DE TESIS

DE LA COMPRENSIÓN COLECTIVA DE LA ACTIVIDAD REAL AL DISEÑO PARTICIPATIVO DE LA ORGANIZACIÓN: PROMOVER LA INTERVENCIÓN ERGONÓMICA “CAPACITANTE”.

ANNE RASPAUD

Pôle Stratégie médico-scientifique
Hôtel Dieu - CHU de Toulouse
2 rue Viguerie TSA 80035
31059 Toulouse
France
raspaud.a@chu-toulouse.fr

Raspaud, A. (2014). De la compréhension collective de l'activité réelle à la conception participative de l'organisation: plaidoyer pour une intervention ergonomique capacitante. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

DA COMPREENSÃO COLETIVA DA ATIVIDADE REAL À CONCEÇÃO PARTICIPATIVA DA ORGANIZAÇÃO: POR UMA INTERVENÇÃO ERGONÓMICA CAPACITANTE.

DE LA COMPRÉHENSION COLLECTIVE DE L'ACTIVITÉ RÉELLE À LA CONCEPTION PARTICIPATIVE DE L'ORGANISATION: PLAIDOYER POUR UNE INTERVENTION ERGONOMIQUE CAPACITANTE.

FROM THE COLLECTIVE UNDERSTANDING OF THE ACTUAL ACTIVITY TO THE PARTICIPATORY ORGANIZATION DESIGN: ENCOURAGE AN “EMPOWERING” ERGONOMIC INTERVENTION.

Manuscrito recibido em:
Octubre/2015
Aceptado tras peritaje:
Novembro/2015

Esta tesis utiliza y desarrolla el paradigma de la ergonomía constructiva del diseño de la organización. Basándose en una intervención de (re)diseño de un proceso innovador (la cirugía ambulatoria), se define y se emplea una metodología de intervención capacitante que plantea al desarrollo como medio y finalidad de la acción.

1. LA CIRUGÍA AMBULATORIA: UN CONCEPTO DE ATENCIÓN INNOVADOR QUE SATISFACE A LA NECESIDAD DE RACIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Esta investigación de intervención efectuada en un Centro Hospitalario Universitario francés se inscribe en un contexto nacional de reforma hospitalaria, que tiene un impacto en las condiciones de trabajo de todos los profesionales de salud (médicos, paramédicos, administrativos) y en la atención al paciente. Se implementan e ponen en obra nuevos modelos de organización de atención entre los cuales la atención sustitutiva a una hospitalización de tiempo completo. Estas evoluciones responden a dos cuestionamientos mayores: satisfacer a las diversas necesidades de los pacientes, así como a optimizar las atenciones médicas pensando el hospital como un lugar de atención, sin necesidad de internación.

La cirugía ambulatoria constituye un efecto profundo de transformación de esos modelos de organización de la atención médica. Es un proceso de atención, transversal a las diferentes especialidades médicas y servicios, que atestigua de una forma particular de la actividad colectiva: la actividad colectiva conjunta (Lorino, 2009). Con el fin de efectuar la atención médica, se realizan varias actividades (de manera simultánea o no) dentro de relaciones de interdependencia complejas y de coordinaciones reforzadas en el seno de entidades distintas (servicios, equipos, sectores) movilizándolo operadores de perfiles distintos (cirujanos, anestelistas, enfermeras). El trabajo se ve así condicionado por la articulación entre diferentes actores implicados en lógicas múltiples que deben atender juntos a los pacientes.

2. PROBLEMÁTICA Y OBJETIVOS DE LA TESIS

La investigación-intervención trata del diseño de esta organización. Se le pensó no solo como generadora de soluciones que facilitan la gestión del compromiso entre objetivos de bien-estar y de desempeño (Falzon, & Mas, 2007), sino también como una acción que soporta el desarrollo constante y conjunto de las personas, de los colectivos de trabajo y de las organizaciones. Se apoya en el enfoque de las “capabilidades” iniciado por Sen (1999), y más específicamente en el enfoque de las “capabilidades colectivas” (Evans, 2002). Estas se definen no solo como una yuxtaposición o

agregación de capacidades individuales, sino también como el acontecimiento de una nueva posibilidad colectiva de actuar y de crear. Así, los operadores involucrados en una actividad colectiva son capaces de actuar alrededor de un objeto común. Han sido identificados como necesarios al desarrollo de las capacidades colectivas tres elementos fundadores y en interacción: la actividad colectiva de los operadores (el motor) definida por la interacción nutritiva del trabajo colectivo (Caroly, 2010), las estructuras organizacionales adecuadas (el soporte) y el capital social entre los actores (el lubricante). Así, en este enfoque, la actividad colectiva construye y alimenta el desarrollo de los sujetos y de la parte colectiva del trabajo y constituye el motor de aprendizaje, de la transformación y del desempeño, recurso necesario para la aparición de nuevas libertades. El individuo y el colectivo tendrán entonces la oportunidad concreta de llevar a cabo lo que tienen razón de valorizar, hacer un “trabajo bien hecho” (Arnoud, 2013). Esto supone un entorno favorable para que las capacidades colectivas puedan ejercerse y transformarse en realizaciones de valor, que Sen (op.cit) describe como las condiciones necesarias para que un derecho formal se vuelva una capacidad real (Falzon & Mollo, 2009): un entorno “capacitante” (Falzon, 2005). Poner en el centro del proceso de la intervención ergonómica el desarrollo, significa de manera simultánea construir la acción para alentar el desarrollo y organizar una situación de desarrollo (Falzon, 2013). La cuestión para la ergonomía es entonces el saber cómo instruir, construir y equipar la intervención de manera que esta permita:

- Poner en marcha una dinámica que autorice y favorezca la confrontación de representaciones y su discusión: se trata de pensar la intervención como un proceso pedagógico de transformación, la oportunidad de una dinámica de desarrollo y aprendizaje.
- Construir una situación futura que permita a los individuos, a los grupos y a las propias organizaciones transformarse y aprender, es decir, intervenir es diseñar una organización capacitante (Arnoud, 2013).

3. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La investigación-intervención se estructuró según dos etapas. Una primera fase de diagnóstico para analizar el funcionamiento del proceso de cirugía ambulatoria en las tres unidades de cirugía del Centro Hospitalario Universitario (CHU) con el fin de identificar de qué manera la organización es un freno o un motor para el desarrollo de la actividad colectiva conjunta. Se utilizaron dos tipos de métodos:

- Observaciones de tipo “papel-lápiz”. Después de 120 horas de observaciones exploratorias, se realizaron 60 horas de

observaciones sistemáticas enfocadas en la trayectoria del paciente (desde su recepción en la unidad de cirugía ambulatoria hasta su salida). El objetivo fue analizar las actividades individuales (gestión simultánea de pacientes) y las interacciones entre los diferentes actores.

- Entrevistas semi-directivas. Se llevaron a cabo ochenta entrevistas de las cuales 30 con pacientes y 50 con profesionales de la salud con el fin de acceder a sus representaciones acerca de la cirugía ambulatoria (nivel de conocimiento y de aceptabilidad, expectativas, frenos). En total 60 horas de entrevista que fueron analizadas según un enfoque de contenido temático.

El diagnóstico pone en relieve un trastorno de los estándares profesionales del personal sanitario, engendrado por la cirugía ambulatoria, y la dificultad de poder construir una organización que favorezca la actividad colectiva conjunta. La actividad de cirugía ambulatoria está segmentada y el paciente circula de un “segmento” al otro, sin verdadera cooperación construida, ni coordinación organizada entre los equipos. Existen ciertos modos de trabajo colectivo por especialidad pero no un “equipo ambulatorio organizado de manera colectiva” como vector de cohesión y de coherencia. La segunda fase consistió en poner en marcha una construcción metodológica de diseño participativo de una organización de cirugía ambulatoria que sostenga el desarrollo de una actividad colectiva conjunta y de capacidades colectivas. Esta se centró en la especialidad de cirugía orto-traumatología. Un grupo de trabajo se creó con 25 trabajadores del proceso de cirugía ambulatoria que pertenecían a equipos multi-oficios; el ergónomo y un ejecutivo de la salud, especialista del análisis de las prácticas profesionales, animaban este grupo.

Cada reunión del grupo se grabó, transcribió para poder efectuar un análisis de contenido. Cinco etapas estructuraron este diseño:

- Etapas 1: Constituir una reserva de situaciones permitiendo al ergónomo animar o suscitar debates. Para esto 98 horas de observación suplementarias fueron necesarias en el servicio seleccionado.
- Etapas 2 y 3: Construir una representación común de la actividad real a partir de la simulación colectiva de un caso concreto propuesto por los animadores. Inspirándose de la metodología del enfoque de procesos (Lorino, 2003) el objetivo aquí era el de identificar la linealidad y el encadenamiento de las lógicas de la acción que concurren a satisfacer las exigencias de la atención médica, en lugar de una sucesión de etapas independientes y separadas entre equipos multi-oficios. El grupo de trabajo materializó el proceso ambulatorio cronológicamente en una banda de papel respondiendo a

las preguntas “¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo?”. Cada participante interviniendo en la construcción del proceso debía verbalizar conjuntamente su actividad simulada.

- Etapas 4: Decidir los objetivos a alcanzar colectivamente. Los animadores presentaron una síntesis de los intercambios, previamente analizados de forma temática, y de los esbozos de soluciones propuestas durante las simulaciones.
- Etapas 5: Formalizar la actividad futura y confrontar las soluciones. Se constituyeron tres sub-grupos de 5 personas, cada uno con un representante de cada función con el fin de sostener la actividad colectiva conjunta. Cada sub-grupo proponía soluciones escritas en una cartulina y las presentaba al grupo de trabajo argumentando las propuestas hechas a partir de una lista de preguntas precisas dada por los animadores.

4. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN: LES DETERMINANTES DE UNA INTERVENCIÓN CAPACITANTE

El análisis de datos (contenido de los intercambios, rol del ergónomo) ha dado a luz una serie de principios clave para una intervención sea capacitante, i.e. en el caso presente, que favorezca el desarrollo conjunto de las personas, de la actividad colectiva y del desempeño de la organización.

- 4.1 Hacer que se pueda movilizar la disponibilidad de los recursos efectivos y potenciales de los individuos

Las discusiones sobre el trabajo implicaron una toma de conciencia, mediante espacios de debate y dos tipos de “ayudas memoria” de la actividad evocadas por el ergónomo – situaciones de acción mencionadas durante el análisis de la actividad y clarificación de los datos formulados –. Esta toma de conciencia se caracteriza por dos factores (Mollo, 2004):

- El análisis del proceso se hizo a distancia de la tarea efectiva. Los participantes se centraron en sus conocimientos y competencias puestas en obra durante la actividad;
- Al ser analistas de su propia actividad y de la de los otros, los participantes explicitaron lo que hacen, como y porque lo hacen. No se trataba solo de decir lo que sabían, sino además de descubrir un saber implícito individual y colectivo y otras maneras de “hacer”.

A través de intercambios y de discusiones sobre las obligaciones, los problemas, los criterios de calidad, etc., se cosifica el

trabajo, se vuelve éste exterior al operador (Falzon, 2005). Los operadores tienen entonces una verdadera oportunidad de re-interrogar colectivamente las reglas.

4.2 Desplegar una actividad colectiva conjunta para construir un grupo de trabajo colectivo

La intervención a través de la construcción, intercambios y debates colectivos sobre el proceso de cirugía ambulatoria “real” permitió el desarrollo de una forma de actividad colectiva conjunta que no existía al comienzo de la intervención. El ergónomo guió a los protagonistas de la atención médica ambulatoria para poner las bases esenciales de un trabajo colectivo y para construir los contornos de un grupo de trabajo colectivo de cirugía ambulatoria. Se logró así un conocimiento compartido del proceso en su globalidad y el surgimiento de referencias comunes, un conocimiento del trabajo del otro y una cultura compartida, un reconocimiento de las competencias de cada uno y de la necesaria complementariedad, una confianza mutua en las informaciones que circulan y en las acciones efectuadas.

4.3 Permitir que os recursos do coletivo de trabalho se transformem e se tornem “capabilidades coletivas”

El ergónomo, mediante la metodología utilizada, le dio al grupo de trabajo, que se convirtió en “grupo de trabajo colectivo” la posibilidad de llevar a cabo una acción en su propia situación de trabajo, y de incrementar así su poder de actuar, i.e. establecer un *“espacio de libertad, autorizado por la organización, que puede construir e invertir”* (Coutarel, 2004, p. 168). Esto permitió al grupo encontrar nuevas vías, nuevas maneras de hacer el trabajo. Los operadores, movilizándolo sus recursos individuales en capacidades colectivas, hicieron la elección de “hacer mejor juntos”, coordinarse y definir un objetivo común.

4.4 Permitir la conversión de las capacidades colectivas en funcionamientos efectivos”

El trabajo de reorganización fue posible ya que la organización propuso un entorno favorable a la contribución positiva del personal sanitario en el proceso de diseño colectivo de la atención médica. Los operadores beneficiaron de una libertad en la cual pudieron realmente poner en obra los recursos que poseían y elaborar reglas formales facilitando así el desarrollo de las reglas efectivas aceptables para la actividad colectiva e individual, en particular en cuanto a la coordinación de la atención médica y la colaboración interprofesional.

5. CONCLUSÃO

La metodología utilizada, basada en los principios de la ergonomía constructiva, nos llevó a proponer un modelo que contribuye al desarrollo de los individuos (gracias a la puesta en obra de saberes-hacer, de conocimientos y de competencias), de los grupos (gracias a la puesta en obra de las condiciones organizacionales que favorecen la construcción y el desarrollo de los aspectos colectivos del trabajo) y de las organizaciones (gracias a la integración en la organización de procesos reflexivos, abiertos a las capacidades de innovación de los operadores ellos mismos) (Falzon, 2013).

La generalización a otras situaciones de diseño parece ser posible dada el carácter genérico de los cuestionamientos tratados y el método aplicado. La intervención se refería a la organización de un sistema complejo (dadas las características técnicas del proceso, el número y la diversidad de los actores). Esta especificidad no parece ser un obstáculo a la utilización del modelo en situaciones poco menos complejas. Solo el análisis preliminar propio a toda intervención ergonómica y el análisis de la organización “problema” la cual se tiene que (re) diseñar permitirá decidir si es conveniente utilizar esta metodología tomando en cuenta los resultados esperados y la gestión del proyecto (nivel de análisis de la actividad necesario, actores implicados, formas de circulación de los resultados para los otros profesionales, construcción social de la intervención, etc.).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle: pour des interventions capacitantes*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservation National des Arts et Métiers, Paris.
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles: Des enjeux pour la santé au travail*. Habilitation à Diriger des Recherches, Université Bordeaux 2, France.
- Coutarel, F. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception: quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité?* Thèse de doctorat en ergonomie, Université Victor Segalen. Bordeaux 2, France.
- Evans, P. (2002). Collective Capabilities, Culture and Amartya Sen's Development as Freedom. *Studies in Comparative International Development*, 37 (1), 54-60.
- Falzon, P. (2005). *Ergonomie, conception et développement*. Conférence introductive présentée au 40e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Saint-Denis.
- Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 1-15). Paris: PUF.
- Falzon, P., & Mas, L. (2007). Les objectifs de l'ergonomie et les objectifs des ergonomes. In M. Zouinar, G. Valléry, & M. C. Le Port (Eds.), *Ergonomie des produits et des services, Actes du 42e Congrès de la SELF*. Toulouse: Octarès.
- Falzon, P., & Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive: Les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 5(1), 61-69.
- Lorino P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance. Le pilotage par les processus et les compétences*. Paris: Editions d'Organisation.
- Lorino, P. (2009). Concevoir l'activité collective conjointe: l'enquête dialogique. Etude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment. *Activités*, 6(1), 87-110.
- Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique*. Thèse de doctorat en ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.
- Sen, A. K. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris: éditions Odile Jacob.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Raspaud, A. (2015). De la comprensión colectiva de la actividad real al diseño participativo de la organización: promover la intervención ergonómica “capacitante”. *Laboreal*, 11 (2), 79-83.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215ar>

TEXTOS HISTÓRICOS**INTERVENCIÓN EN EL XI CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTÉCNICA.**

GEORGES FRIEDMANN

Friedmann, G. (1954). Intervention au XIème Congrès International de Psychotechnique (Psychologie appliquée), Section de psychologie du travail, Paris, 1953. *Le Travail Humain*, 17, 1-2, 39-40..

INTERVENÇÃO NO XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOTÉCNICA.

INTERVENTION AU XIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOTECHNIQUE.

SPEECH AT THE ELEVENTH INTERNATIONAL CONGRESS OF PSYCHOTECHNICS.

El Dr. Frisby ha señalado oportunamente, en la conferencia del Prof. Hearnshaw, que la obligación, la coerción y la disciplina son la esencia del trabajo, pudiendo este ser definido en resumen, como una actividad en la que interviene un elemento de coerción. Por supuesto, existen muchos tipos de coerción, lo que no significa en absoluto que una actividad efectuada en tales condiciones no pueda ofrecer diversas formas de satisfacción. Espero que la discusión permita volver a este tema y por mi parte, retomaré los siguientes puntos de la intervención del Prof. Hearnshaw, acompañados de algunos comentarios:

1º. Es cierto que la idea de una psicología industrial bajo el concepto de una simple utilización de técnicas “aplicadas” a la actividad económica y en especial a la actividad industrial es limitada y falsa. Conviene señalar aquí que las ciencias humanas, las últimas en haberse desarrollado, han producido analogías erróneas con las ciencias fisicomatemáticas. Ahora bien, habría una psicología aplicada a la actividad industrial, derivada de la psicología teórica del mismo modo que existe, en el caso de la física teórica, la termodinámica y la mecánica aplicadas o la electricidad industrial: idea que además, implica una dicotomía injustificada entre la teoría y la práctica. Deben hacerse notar, en relación con este punto, las confusiones surgidas por el propio término “psicotécnico”, tema que ya fue discutido en el Congreso de Gotemburgo.

Para el Prof. Hearnshaw, quien rechaza esta idea, la psicología industrial es una ciencia donde se distinguen 3 aspectos:

- a) Un conjunto de objetivos y de principios;
- b) Un conjunto de conceptos teóricos;
- c) Un cuerpo de técnicas.

Sin embargo, esta misma división, como lo hubiese podido subrayar el propio Prof. Hearnshaw, es didáctica y bastante artificial en el sentido de que la aplicación de las técnicas, su desarrollo y su puesta a prueba por la experiencia, repercuten constantemente sobre los conceptos teóricos y los moldean; los modifican a través de una interacción constante. Esto lo expresó con certitud J.M. Lahy en un interesante artículo de la revista *Hygiène mentale* (diciembre de 1932) cuando escribió: *“La psicología aplicada o psicotécnica no es otra cosa que la psicología científica en general. No solamente no es distinta de la psicología teórica sino que nace de ella, la supera, la transforma y la va a sustituir como el producto de su evolución natural, como la síntesis de la teoría con una nueva práctica.”*

2º. La psicología industrial no representa una colección de aplicaciones y sobre todo, desde nuestro punto de vista, porque el trabajo es una realidad original, global, una, que no se deja aprehender, penetrar, comprender por susodichas “aplicaciones” dispersas de una ciencia “pura”. Habría que insistir aquí sobre la

naturaleza a la vez única y compleja de los contenidos del trabajo. No importa la tarea que se observe de forma concreta en los talleres, oficinas, construcciones, campos agrícolas modernos, esta cuenta siempre con cinco aspectos o atributos principales: técnico, fisiológico, psicológico, social y económico. Cada uno de estos aspectos manifiesta la misma realidad vista desde diferentes ángulos y con toda la riqueza de su contenido. Las reacciones mentales de un obrero, Juan, en un determinado taller, en el marco de sus tareas cotidianas y a la inversa, su esfuerzo por moldear éstas de acuerdo con sus características personales, revelan que no hay un solo problema relativo al trabajo humano que sea de naturaleza puramente psicológica, bajo la convención de los términos “aptitudes”, “interés en el trabajo”, “satisfacción” o “insatisfacción”.

De esta forma es posible explicar la relatividad y también determinados fallos y errores de la metodología de evaluación tal y como se usó de forma frecuente en la industria en los últimos veinte años. Así se explican también la relatividad y las anomalías de muchos estudios que intentan comprender los fenómenos de “aburrimiento”, “monotonía”, o incluso de “cansancio”; fenómenos que dependen también de las condiciones técnicas, económicas y sociales. Las investigaciones en sociología industrial nos hacen caer repetidamente en la interrelación de los distintos aspectos del trabajo y muestran la necesidad de una estrecha colaboración de los equipos de investigación provenientes de diferentes ramas de la ciencia que tienen por objeto de estudio el trabajo humano.

Asimismo, estas investigaciones nos confirman que cualquier “política de productividad” que ignore o niegue tal interrelación está condenada al fracaso a corto o a largo plazo. Permítanme añadir, de acuerdo con D^a. Pacaud, que tal política no merecería la colaboración de psicólogos industriales que velan para que su actividad no se ponga al servicio de intereses particulares y para que se mantenga dentro de un terreno científico.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Friedmann, G. (1954). Intervención en el XI congreso internacional de psicotécnica. *Laboreal*, 11 (2), 84-85.

TEXTOS HISTÓRICOS

LA ALIANZA TEORÍA / PRÁCTICA EN LA OBRA DEL SOCIÓLOGO DEL TRABAJO GEORGES FRIEDMANN (1922-1977).

CATHERINE TEIGER

Groupe de recherche sur l'histoire du travail et de l'orientation (GRESHTO)
Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD),
Conservatoire National des Arts et Métiers
41 rue Gay-Lussac
70005 Paris
France
moufcat@gmail.com

Comentario del texto: Friedmann, G. (1954). *Intervention au XIème Congrès International de Psychotechnique (Psychologie appliquée)*, Section de psychologie du travail, Paris, 1953. *Le Travail Humain*, 17, 1-2, 39-40.

Para que este comentario no exceda el tamaño (idemasiado!) del texto de Georges Friedmann (1902-1977), propuesto en este número de Laboreal, me limitaré a situarlo en su contexto histórico personal, disciplinar y social, y a referirme a una de las preguntas de fondo que planteaba a sus contemporáneos. Pregunta epistemológica que aún se sigue planteando aunque los contextos hayan cambiado. De esta forma, me inscribo dentro de la reflexión del sociólogo belga Mateo Alaluf (2001, p.102, traducción libre): “*El regreso a los debates que se les podría pensar antiguos sigue siendo el mejor antídoto para preservarnos de la amnesia que nos acecha sin cesar en las ciencias sociales y fragiliza tanto nuestros resultados*”. Es por esto que los debates que han marcado la post guerra – periodo de grandes transformaciones, que es también el del surgimiento de la ergonomía y de una nueva sociología del trabajo en los años 50 – siguen siendo de tanta actualidad.

Este texto – sin otro título que el indicado aquí – proveniente de las *Actes du XIème Congrès international de Psychotechnique (Psychologie appliquée)*^[1] – Sección de Psicología del Trabajo que tuvo lugar en Paris en 1953. Es el resumen de una reacción del “filósofo-psicólogo-sociólogo” Profesor Georges Friedmann (1902-1977) a las ponencias de la sesión plenaria inaugural. Su intervención se sitúa después de las de los ingleses C. B. Frisby (1954)^[2] (“Alocución inaugural”) y L. S. Hearnshaw (1954)^[3] (“El objetivo y área de la psicología industrial”), de la del francés Pierre Goguelin (1954)^[4] (“Los factores psicológicos susceptibles de aumentar la productividad de las empresas”) y de la del sueco Gunnar Westerlund (1954)^[5] (“Marco de referencias y problemas relacionados en psicología industrial”). Dicha reacción está más directamente enfocada en la intervención de L. S. Hearnshaw, es decir sobre la definición del área de la psicología del trabajo.

Georges Friedmann (G.F.) evoca al respecto, entre otras cosas, las relaciones entre teoría y práctica, apoyándose en una declaración de larga data Jean-Maurice Lahy (1932)^[6] (1872-1943) a la que luego me referiré. Sin mencionar directamente a P. Goguelin,

pero estando de acuerdo con la psicóloga Suzanne Pacaud, habiendo sido colaboradora de J.-M. Lahy por mucho tiempo, G.F. menciona los riesgos de fracaso de una “política de la productividad” que no tomase en cuenta las interrelaciones entre todas las dimensiones del trabajo y que no mereciera así la “colaboración de psicólogos industriales que no queriendo comprometer su actividad poniéndola al servicio de intereses particulares sino, más bien, mantenerla en un campo de estudio científico”. Esta política de la productividad estaba en pleno auge después de la guerra bajo la impulsión del plan Marshall de los EE.UU., plan de ayuda a la reconstrucción y la modernización de los países de Europa devastados por la guerra, y bajo la influencia de las “misiones de productividad” que entonces visitaron los EE.UU. Estas abarcaron todos los medios profesionales ^[7] (Kuisel, 1988) a pesar de la oposición de los comunistas que denunciaban un “proyecto de catequesis de la clase obrera” (Brucy, 2001, p.81, traducción libre). Recordemos que una de esas misiones en 1956 –“El proyecto” o “Adaptación del trabajo al ser humano”– contribuyó al surgimiento de la ergonomía en Europa (AEP, 1959; Teiger & Lacomblez, 2013). Se encuentran también rastros del descubrimiento de una precedente “Misión psicotécnica” (en 1952 con los psicólogos y expertos laborales entre los cuales S. Pacaud et Jean-Marie Faverge) por ejemplo, en los capítulos del *L'analyse du travail. Facteur d'économie humaine et de productivité* (Ombredane & Faverge, 1955) (Teiger, 2015a).

¿Pero quién era Georges Friedmann (1902-1977)?

Flashes bio-bibliográficos. ^[8]

Todo el mundo está de acuerdo en describir a G.F. como una de las cabezas emblemáticas de esos intelectuales progresistas de la post segunda guerra mundial (1939-45), seducidos entonces por el ideal comunista de justicia social y “compañeros de ruta” del Partido Comunista Francés (PCF), hasta la decepción y la ruptura final en los años cincuenta. Pionero de una “sociología humanista”, contribuyó de manera decisiva a la nueva sociología francesa y en todo a la promoción de la sociología del trabajo. Comprometió toda su vida dedicándola a las evoluciones del trabajo humano en relación con las evoluciones del mundo técnico y evolucionando el mismo en sus análisis en función de las realidades que observaba.

Nacido en 1902, ingresa a la Ecole Normale Supérieure de Paris (ENS) en donde pasa su concurso de filosofía. Posteriormente, gracias al crédito aportado por la Fundación Rockefeller a la ENS (Tournès, 2008), trabaja como asistente durante 3 años, de 1932 a 1935, en el Centro de documentación social, ubicado en la ENS ^[9] como docente asistente para los estudiantes de la Escuela. Con el fin de comprender mejor el trabajo obrero, sigue a tiempo parcial en 1931-1932 un curso de ajustador en la escuela profesional Denis Diderot en Paris, pero nunca trabajará como obrero en una fábrica.

Viaja a URSS tres veces (en 1932, 1933 y 1936) y usara esas observaciones (Friedmann, 1934) para su reflexión sobre el maquinismo en su tesis publicada en 1946: *Problèmes humains du machinisme industriel* (Friedmann, 1946), introduciendo así en Francia la nueva sociología del trabajo. Viaja también a los EE.UU.

Enseña después de 1935 a 1939 en la escuela profesional Bouille, de donde lo excluyen al aplicar las leyes antijudías del gobierno de Vichy vigente durante la ocupación de Francia por la Alemania nazi. Se enrola en el movimiento de Resistencia en la región de Toulouse, y vive en la clandestinidad. Sin embargo, el 23 de junio de 1941 tiene lugar una “*Journée interdisciplinaire de psychologie et d'histoire du travail et des techniques*”, propulsada por el psicólogo Ignace Meyerson (1888-1983) y organizada por la *Société d'études psychologiques de Toulouse*, tras su creación en mayo de 1941. Las Actas –“*El trabajo y la técnica*”– no fueron publicadas hasta 1948; se les registra en términos elogiosos en la revista “*Annales*” por el historiador Lucien Febvre (1951), habiendo él mismo participado a esa Jornada ^[10]. Entre las ponencias figura el artículo importante de G.F. que L. Febvre presenta como “nuestro amigo”: “*Esquisse d'une psycho-sociologie du travail à la chaîne*”. Es la primera teorización de los “*Problemas humanos del maquinismo industrial*” (tema del trabajo de su tesis publicada en 1946) en donde afirma que el trabajo en la línea de montaje representa “una etapa histórica del desarrollo de la sociedad industrial” y que “*los problemas del trabajo humano son a la vez problemas técnicos, problemas psicológicos y problemas sociales*” (Friedmann, 1941-48, p. 127, traducción libre). L. Febvre concluye así su revisión crítica: “*Se ve el interés de este número (de la revista “Annales”) muy exitoso. Esta recopilación honra a aquellos que lo intentaron y el número será útil y seguirá vivo por mucho tiempo*” (1951, p.243, traducción libre).

Después de la guerra, G.F. es nombrado Inspector general de enseñanza técnica (en 1945), profesor de Historia del trabajo en el Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM, de 1946 a 1960), Director de estudios en la École Pratique des Hautes Etudes (EPHE, de 1949 a 1960), Director del Centre d'Etudes Sociologiques (CES) del Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) de 1949 a 1954). Funda en 1959 con otros la revista *Sociologie du travail*. Finalmente, a principios de los años 60, explora otra área de la cultura técnica: las comunicaciones y la cultura de masa.

En 1962, G.F. coordinara con Pierre Naville el importante *Traité de sociologie du travail* ^[11] (Friedmann & Naville, 1962) ^[12] después de la publicación en 1958 del *Traité de sociologie* coordinado por Georges Gurvitch, en el cual había escrito con Jean-Daniel Reynaud «*Sociologie des techniques de production et du travail*». En 1953-54, época de su intervención en el congreso que nos interesa aquí, G.F. es una autoridad en el área de las ciencias del trabajo. Reorientó las actividades del CES que hasta ese entonces organizaba sobre todo conferencias. Con él, el CES se convirtió en un laboratorio de investigaciones. Y, según Kutý

(2008, p.57), con G.F., una Una nueva “formula de investigación” se había puesto en obra con las entrevistas ^[13] y las observaciones (como en EE.UU), aunque la práctica de investigaciones colectivas existía en Francia desde los años 30, época en cual surgió una política de las ciencias sociales ^[13] (Tournès, 2008), de hecho, este nuevo tipo de encuesta aún no ocupa un lugar destacado ^[14]. El contexto de los años 50 facilita la evolución de esa sociología gracias a las oportunidades que aportó la creación en 1951 –bajo el impulso del ministerio del trabajo para la formación de los consejeros del trabajo – del Instituto de ciencias sociales del trabajo (ISST) perteneciente a la Universidad de Paris. Su sección de investigación se creó en 1954 con Yves Delamotte ^[15], secretario general del nuevo Instituto del cual G.F. se vuelve el director. El jurista Marcel David ^[16] tomará su lugar en 1959. Este último había creado, a fuerza de coraje, en la misma época (en 1955), el primer Instituto de trabajo en la facultad de derecho de la Universidad de Estrasburgo, para la formación superior de los sindicalistas nombrados para negociar en los órganos paritarios que se acababan crear (David, 1982). Para alimentar esas formaciones de nivel superior con un objetivo concreto no académico, fue necesario realizar investigaciones empíricas actualizadas. Lo que reforzó una tendencia emergente en la época de la post guerra. Habían sido realizadas grandes investigaciones en la industria por G.F. en el CES a partir de 1949: las de A. Touraine y Etienne Verey en las plantas Renault (Touraine, 1955), las de Viviane Isambert-Jamati en la industria relojera (1955) y las de Maurice Verry en las laminadoras en las Ardenas (1955). Tales estudios fueron facilitados por los créditos importantes aportados por el plan Marshall a partir de 1954 al ISST entre otros ^[17]. Por lo tanto, las investigaciones que G.F. inició entonces sobre “las actitudes de los obreros de la siderurgia ante los cambios técnicos” se inscriben efectivamente en proyectos apoyados por el plan Marshall (en el marco de la Organización Europea para la Cooperación Económica/OECE), realizados de manera conjunta en Alemania, Bélgica, Francia, Gran Bretaña e Italia.

En lo que se refiere a Francia se trata de la investigación sobre los obreros de las siderurgias que se llevó a cabo en Mont-Saint-Martin (1954-1957 con J.-D. Reynaud, A. Touraine y sus colaboradores) y la de los funcionarios de los Cheques postales parisinos (Crozier, 1956). En el marco de la investigación en la siderúrgica de Mont-Saint-Martin, los estudios de campo fueron realizados por investigadores jóvenes ^[18] que se pusieron ellos mismos el nombre de los “Gastón”. G. Rot y F. Vatin (2008) publicaron y analizaron el diario de a bordo de los Gastón. Ilustrado con dibujos humorísticos, refleja los asombros, los descubrimientos, las dificultades de su labor, así como las reacciones de los investigadores novatos ante la división del trabajo intelectual que ellos estaban viviendo: ellos en el campo día y noche, mientras que los jefes en sus oficinas en Paris esperaban los reportes!

Esto nos lleva a la pregunta de fondo planteada en el texto de G.F., que es la de la relación entre teoría/ práctica, ciencias fundamentales/ ciencias aplicadas.

Teoría / Práctica; laboratorio / campo. ¿Porqué, dónde y cómo hacer ciencia y qué tipo de ciencia?

La problemática central de G.F. que retendré en el marco de esta reseña es la relación entre teoría y práctica (o teoría y empirismo) pues, en la actualidad atraviesa en la actualidad a la mayoría de las ciencias humanas y sociales que estudian al trabajo humano como ser la ergonomía, la psicología, la sociología o la filosofía. Este mismo cuestionamiento se puede encontrar del lado de los epistemólogos – historiadores de las ciencias tales como la etología (Despret, 2011).

Teoría y práctica: ¿De qué se trata?

Es conocido el adagio humorístico atribuido al físico Albert Einstein, padre de la teoría de la relatividad: “*La teoría, es cuando se sabe todo pero nada funciona. La práctica, es cuando todo funciona y nadie sabe por qué. Aquí, hemos reunido teoría y práctica: ¡nada funciona y nadie sabe por qué!*”.

La intervención de G.F., titular desde hace ya 7 años de la cátedra de «Historia del trabajo y relaciones industriales» del CNAM, en el XIavo Congreso Internacional de Psicotécnica es la ocasión para sentar su punto de vista respecto del enfoque del trabajo. Relacionado con el desarrollado de la consideración del Factor Humano, G.F. pone de manifiesto los límites de una concepción que separe a la teoría de la práctica. Evoca la posición J.-M. Lahy (1932) que sostenía que la psicología aplicada, o psicotécnica, no es otra cosa que la psicología científica general. Defendía que, no solamente no difiere de la psicología teórica sino que, nacida de ella, la sobrepasa, la transforma y la reemplazará como el producto de una evolución necesaria, como una síntesis de la teoría con la nueva práctica. Quizás se podría concluir que ¡Todo funcione y no se sepa porqué! En la misma lógica, 70 años después, el antropólogo Maurice Godelier ^[19] (2000, p.15, traducción libre), sostiene que: «*las investigaciones en ciencias sociales pertenecen desde el principio a la esfera de la investigación básica (...) Son, como las ciencias duras, ciencias fundamentales que pueden tener aplicaciones, pues no existe verdaderamente una ciencia aplicada sino aplicaciones de la investigación*».

Este tema recubre al menos cinco aspectos que se encuentran relacionados: 1) el de los lugares y métodos privilegiados de producción de conocimientos, 2) el del valor de los conocimientos producidos, de acuerdo al lugar de producción, 3) el de la utilidad social, 4) el de la formalización y su difusión, 5) el de la evolución de las teorías. No hago más que mencionar los puntos que siempre están a la orden del día, al menos en ergonomía. Estos puntos son el objeto de Jornadas de estudios en donde las cuestiones surgidas de la práctica plantean cuestiones teóricas que interrogan a las disciplinas y contribuyen a su desarrollo (cf. por ejemplo, *Les Journées annuelles de l'université de Bordeaux* sobre la práctica de la ergonomía, el Seminario transversal del

l'Institut National d'Etudes sur le Travail et l'Orientation Professionnelle – Groupe de Recherches sur l'Histoire du Travail et de l'Orientation à Paris, en 2013, sobre las relaciones estudio de campo / laboratorio, sobre la intervención, etc.).

1. Los lugares y métodos privilegiados de producción de conocimientos: dos acepciones de las relaciones teoría / empirismo, campo / laboratorio

Si la legitimidad y la investigación de campo está actualmente fuera de duda, quedan varios puntos por solucionar. Realizar estudios de campo pero ¿Para hacer qué cosa?

Examinando los argumentos desarrollados para legitimar el lugar acordado a los datos empíricos en el camino intelectual de producción de conocimientos sobre el trabajo en particular (Teiger, 2015b), se constata que un enfoque de campo lleva a dos argumentaciones contrastadas. Por un lado, la idea del estudio de campo subordinada a la teoría: como una extensión del laboratorio, el campo serviría para confirmar o refutar las hipótesis que la teoría había ya establecido *a priori*, aportando un valor suplementario de «validez ecológica», sin preocuparse de los problemas de los actores del campo. Por otro lado, la idea del estudio de campo abordado con una gran apertura a los propósitos y a la actividad real de los actores, a los temas que espontáneamente aportan, sin el encuadre de las teorías estructuradas *a priori*, pero con una preocupación por contribuir a la resolución de cuestiones que los actores del campo se plantean.

Siempre en el campo de la sociología, y oponiendo estos dos enfoques de estudio de campo, se captura mejor el carácter innovador de los sociólogos friedmanianos. En Francia, hasta 1954, y las primeras grandes investigaciones de campo solicitadas por el Estado, la primera posición dominante en el ámbito de los métodos era la «sociología filosófica^[20] / teórica». Pero, a partir de este período los Friedmanianos inventan realmente la nueva «sociología empírica» con, según M. Alaluf (2012, p.727, traducción libre) «la preocupación metodológica (que) ocupará un lugar central, como prueba de objetividad, en la elaboración de esta nueva sociología». Pero, según Olgierd Kutny (2008, p.58, traducción libre), «este empirismo era denigrado. La sociología afronta la indiferencia, y también la hostilidad Citando a Johan Heilbronn (1991, p.366-377, traducción libre), este autor concluye: «Entre los polos opuestos al "compromiso" y de "la pericia" (...), Les era extremadamente difícil encontrar una vía propia donde todavía la sociología se encontraba en una especie de no man's land, paralizado por la angustia de ser demasiado político (y por lo tanto no lo bastante intelectual) y, al mismo tiempo, de no ser demasiado político, no estar suficientemente al servicio de la sociedad».

Se encontrarán reacciones cercanas a esta, por ejemplo cuando los ergónomos salieron de los laboratorios, diez años más tarde, en los años sesenta, para comprender mejor el trabajo y contribuir a actuar sobre él, a partir de «la demanda social» de la época (es

decir los efectos poco visibles del trabajo en las líneas de montaje sobre la salud de los obreros y obreras en la producción de masa y en el transporte público). Con un triple efecto que Alain Wisner (1985) puso en relieve: la necesidad de inventar nuevos métodos para abordar las situaciones reales con una metodología científica deliberadamente asociada a la acción, la evolución conceptual que se desprende y transforma la definición y el objetivo mismo de la ergonomía y, finalmente, el desprecio e, incluso, la hostilidad de los partidarios del método experimental tradicional y de la pretendida neutralidad de la ciencia (Teiger, 2007, 2015b).

En ergonomía y en psicología del trabajo, a título de ejemplos de tal metodología, debemos citar el advenimiento de investigaciones-intervenciones denominadas participativas en Francia hacia fines de los años sesenta^[21] y, en Italia, en los años setenta- el emplazamiento de la «comunidad ampliada de investigación» bien formalizada por el equipo de Ivar Oddone y sus sucesores intelectuales (Oddone et al., 1977; Muniz, et al., 2013; Lacomblez et al., 2014).

2. El valor de los conocimientos

Encontramos acá la cuestión epistemológica del valor jerarquizado de los conocimientos, de acuerdo a los métodos y su producción que, con mucho humor, la epistemólogo-etologista belga Vinciane Despret (2011) instala en el centro de la reflexión. Despret pone en evidencia, en ciertos casos, los conocimientos «prácticos» adquiridos por los cuidadores y domadores de animales, que son cordialmente despreciados por los investigadores del dominio permitiendo, en cambio, obtener resultados a los cuales las experiencias «científicas» de laboratorio no pueden alcanzar^[22], por ejemplo, enseñarle a hablar a una grácula religiosa recalcitrante.

Pero, realizar estudios de campo no es suficiente: ¿A quién, para qué van a servir los resultados de la investigación?

3. La utilidad y la responsabilidad: «la iluminación y la deuda»

Esto nos lleva a la cuestión ética de la utilidad de las investigaciones, de los conocimientos producidos y de sus destinatarios, así como la responsabilidad de los investigadores / profesionales con relación a los lugares de trabajo, y de aquellos que viven de los mismos.

¿A quiénes beneficiarán los conocimientos?^[23] ¿A la carrera de los investigadores o la empresa y, dentro de ésta a quiénes en particular? O, aún, ¿A las instituciones? Es así que se ha visto que los friedmanianos se beneficiaron de cierto reconocimiento a partir de la mitad de los años cincuenta, al menos la de los poderes públicos que juzgan su trabajo como de utilidad y los financian.

«La iluminación y la deuda», esta expresión del sociólogo Michel Crozier (1922-2013), teórico del actor en el sistema, resume bien las dos caras de la relación con la investigación de campo y los

actores con quienes los investigadores / profesionales trabajan (Kuty, 2008). Por un lado, iluminación por el sentimiento de comprender mejor la realidad del trabajo y, por otro lado, la deuda incluyendo ésta responsabilidad con relación a aquellos con quienes se trabaja y que se les debe «dar» algo de los beneficios de la comprensión, adquiridos gracias a ellos. Según M. Alaluf (2012, p.729, traducción libre), en la tradición de Friedmann «los investigadores deberán ser profesionales de una ciencia útil, en oposición a la sociología general». La teoría sociológica no es un fin en sí mismo. Debe ser útil, producir conocimientos prácticos que puedan ser una herramienta de cambio, permitiendo a los interesados comprender mejor la situación en la cual se encuentran y, por lo tanto, de estar mejor e incluso cambiarla. ¡Los ergónomos no pueden menos que adherir!

Nos vemos por lo tanto llevados a plantearnos la cuestión de los destinatarios de la utilidad de las investigaciones, cuestión sobre la cual siempre existen profundos desacuerdos, presentando posiciones extremas. Años más tarde, M. Godelier (2000, p. 15, traducción libre) subraya la utilidad social de las ciencias sociales: «Aquellos que se comprometen (...) lo hacen creyendo que sus investigaciones van a ser útiles tanto para ellos como para los otros». Y prosigue: «¿Qué recubre ese deseo de ser útil? La cuestión es compleja y las «utilidades» son muy diferentes, de acuerdo a al tipo de disciplina». Del otro lado, por el contrario, están quienes recusan cualquier noción de utilidad.

Es el caso, por ejemplo, según Gabrielle Varro y Anne-Sophie Perriaux (1991, p.11, traducción libre) las posiciones adoptadas por los sociólogos C. Durand y A. Touraine en los años sesenta: *«En el importante, pero poco difundido informe de Durand y Touraine (1970), se precisa que no es el rol de la investigación realizar propuestas y recomendaciones de orden gestor, siendo su objetivo teórico y científico».*

La cuestión se plantea de modo diferente para la ergonomía en Francia que, luego de su fase «experimental» hasta mediados de los años sesenta, muestra claramente desde entonces un doble objetivo de conocimiento y de acción sobre la situación de trabajo..

4. Consecuencia ético-metodológica: formalización y difusión de los conocimientos

Desde hace ya mucho tiempo, sostenemos que en ergonomía y en psicología del trabajo una fórmula de investigación-intervención que pone el acento en la co-elaboración de la investigación con los actores de campo involucrados, acompañándose así de una formación recíproca en análisis del trabajo a partir de los conocimientos y de los puntos de vista de cada uno. Cada uno sale enriquecido en su dominio, resultando posible una acción común. Sin embargo, una acción parece indispensable para la acción común en diferentes dominios, y es la formalización luego de la difusión en un formato más accesible de los conocimientos y de las diferentes herramientas de análisis

desarrollados para la realización de las investigaciones- intervenciones (Teiger & Lacomblez, 2013; cf. los informes sindicales en el DVD adjunto). Desde nuestro punto de vista, la reflexión sobre este aspecto forma parte de una operación realizada en la investigación de campo a fines de facilitar la apropiación, por parte de los interesados. Una de las formulas interesantes es la escritura en común (investigadores – profesionales y los actores de campo involucrados) de un documento accesible a todos que podrá, luego, servir de objeto de debate y de herramienta de trabajo (Teiger & Leal Ferreira, 2015). Pero, este tipo de publicación muy cronográfica no tiene ningún valor académico ni profesional; su realización está por lo tanto sometida a disposición y a la buena voluntad de los autores. Es insuficiente.

5. Una evolución teórica alimentada por los conocimientos surgidos de la práctica de la investigación de campo

Un último efecto remarcable de G.F. de su contacto con la investigación de campo es el de la evolución de su teorización respecto del trabajo en la línea de montaje, su objeto de estudio. Forma emblemática de la racionalización del trabajo y etapa histórica del desarrollo de la sociedad industrial. El trabajo en la línea de montaje representa para él, en un primer momento, un «mal necesario» esperando los beneficios descontados de la automatización que será liberadora. Ahora bien, este punto de vista que es el aspecto más conocido del pensamiento G.F., va a evolucionar (Rot & Vatin, 2004) al tomar contacto con los resultados empíricos de los estudios e investigaciones realizados, en diferentes terrenos, por sus colegas y discípulos, y en función de sus experiencias directas de las situaciones industriales en diferentes, y contrastados, contextos nacionales (Francia, URSS, USA).

Leyendo los sucesivos textos G.F., es sorprendente, en el inicio, su ambivalencia. En sus textos de 1941/1948 hay una admiración e, incluso, fascinación por la proeza técnica que representa el trabajo en línea de montaje, símbolo vivo del maquinismo y de la racionalización del trabajo; pero, al mismo tiempo decepción y rechazo por esta forma de explotación del ser humano a la cual no podía restar insensible. Al inicio, toma posición contra «el concierto de maldiciones y gemidos» que tiende a explicar la crisis del mundo moderno mediante el reino deshumanizante de la máquina: G.F. pretende mostrar el drama social puesto de manifiesto por la «gran crisis» no se debe a la técnica, sino al capitalismo. Luego, evolucionará introduciendo nuevos elementos técnicos, a partir sobre todo de los trabajos de A. Touraine^[24], enriqueciendo su análisis a medida que avanzaban sus propias «investigaciones» en Rusia, USA y en Francia (Alaluf, 2012). La publicación en 1962 de un importante artículo: *«La grande aventure»* es la ocasión para G.F. de confirmar este cambio teórico y de tomar a contra pie sus trabajos iniciales. Mientras que, antes, todo su análisis apuntaba a distinguir el «buen» maquinismo (so-

cialista) del «malo» (capitalista), desarrolla ahora la tesis de la convergencia entre los sistemas capitalista y socialista, expresiones gemelas de la misma «civilización técnica». Qué importa entonces el marco político cuando se está «clavado» en la línea: «Y cincuenta horas semanales de trabajo en una línea de ensamblado de motores en una fábrica de tractores o de automóviles son, en sí, más «atrayentes» en Gorki que en Detroit?» (Rot & Vatin, 2004, nota 69, traducción libre).

Se puede constatar una evolución teórica de la misma naturaleza en la ergonomía, en la obra de A. Wisner que pasó, a mediados de los años sesenta, de una investigación de tipo experimental aportando datos a los actores de terreno, pero sin implicarse en su eventual aplicación, al estudio directo de campo. Sin embargo, esto era considerado como «literario» no digno de ser publicado en las revistas científicas. Ahora bien, A. Wisner descubre que «Estos dos primeros estudios llevados a cabo con los sindicalistas planteaban a nuestro laboratorio cuestiones totalmente novedosas: metodologías, ciencias necesarias para nuestro progreso y relaciones con la vida social. Se trataba de un verdadero cambio! (...) Pero «realizar investigación de campo no quiere decir renunciar a establecer hechos científicos nuevos. Para retomar las palabras de un psicólogo inglés Tom Singleton: «Me preocupo por la psicología fundamental, y es por eso que voy a los lugares de trabajo» (Wisner, 1985, p. 30, traducción libre).

¡Esta será la palabra final!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEP – Agence Européenne de Productivité (1959). *Adaptation du travail à l'Homme. Recherches américaines et européennes sur les conditions de travail dans l'industrie*. Paris: OEEC (Organisation Européenne de Coopération Economique) éd.
- Alaluf, M. (2001). L'analyse du travail et son organisation. *Formation et Emploi*, 76, 99-103.
- Alaluf, M. (2012). Sociologie, in A. Bevort, A. Jobert, M. Lallemand & A. Mias (coord.) *Dictionnaire du travail* (pp. 727-733). Paris: PUF.
- Brucy, G. (2001). La doctrine de la CGT sur la formation des adultes: entre pragmatisme et lutte de classes (1945-1955). *Travail et Emploi*, 86, 65-85.
- Crozier, M. (1956). *Petits fonctionnaires au travail*. Paris: Editions du CNRS.
- Crozier, M. (2002). *Ma belle époque: mémoires [1], 1947-1969*. Paris: Fayard.
- David, M. (1982). *Témoins de l'impossible. Militants du monde ouvrier à l'université*. Paris: Editions ouvrières.
- Despret, V. (2011). *Que diraient les animaux, si ... on leur posait les bonnes questions?* Paris: Les empêcheurs de tourner en rond / La Découverte (rééd. 2014 La Découverte / Poche).
- Faverge, J.M., Browaeys, R., & Leplat, J. (1956). Enquête sur les programmes de formation existant au sein des entreprises. *Bulletin du CERP* (Centre d'Etudes et de Recherches Psychotechniques), 6, 3, 235-324.
- Febvre, L. (1951). Travail, travailleurs (revue bibliographique). *Annales*, 6, 2, 241-242.
- Friedmann, G. (1934). *Problèmes du machinisme en URSS et dans les pays capitalistes*, Paris: Editions Sociales internationales.
- Friedmann, G. (1941/1948). Esquisse d'une psycho-sociologie du travail à la chaîne, in Ignace Meyerson et al. (1948) *Le travail et les techniques* (pp. 127-144). Paris: PUF.
- Friedmann, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel*. Paris: Gallimard.
- Friedmann, G. (1950). *Où va le travail humain?* Paris: Gallimard.
- Friedmann, G. (1954). *Intervention* au XIème Congrès International de Psychotechnique (Psychologie appliquée), Section de psychologie du travail, Paris, 1953. *Le Travail Humain*, 17, 1-2, 39-40.
- Friedmann, G. (1962). La grande aventure. *Arguments*, n° 27-28.
- Friedmann, G., & Naville, P. (coord.) (1962). *Traité de sociologie du travail*. Paris: A. Colin.
- Friedmann, G., & Reynaud, J.-D. (1958). Sociologie des techniques de production et du travail, in G. Gurvitch (coord.) *Traité de sociologie*, t. 1 (pp. 443-460), Paris: PUF.
- Frisby, C. B. (1954). Allocution inaugurale. *Le Travail Humain*, XVII, 1-2.

- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery Of Grounded Theory; Stratégies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Godelier, M. (2000). Le métier de chercheur. *Sciences de l'Homme et de la Société - CNRS*, 58, 12-18.
- Goguelin, P. (1954). Les facteurs psychologiques susceptibles d'accroître la productivité dans l'entreprise. *Le Travail Humain*, t. XVII, n° 1-2, 12-33.
- Hearnshaw, L. S. (1954). Le but et le domaine de la Psychologie industrielle. *Le Travail Humain*, XVII° année, 1-2, 4-11.
- Heilbron, J. (1991). Pionniers par défaut. *Revue Française de Sociologie*, XXXII/3, 365-379.
- Isambert-Jamati, V. (1955). *L'industrie horlogère dans la région de Besançon*. Paris: PUF.
- Kuisel, R. F. (1988). *L'American way of life* et les missions françaises de productivité. Vingtième Siècle. Revue d'histoire, 17, 17, 21-38.
- Kuty, O. (2008). La naissance de la négociation (1933-1962). *Sociologies* [Online], Theory and research, Online since 28 October 2008, URL: <http://sociologies.revues.org/2483>
- Lacomblez, M., Teiger, C., & Vasconcelos, R. (2014). A ergonomia e o "paradigma da formação dos atores": uma parceria formadora com os protagonistas do trabalho, in F. P. Bendassolli & L. A. Soboll (Org.), *Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho: clínicas do trabalho* (pp. 159-183; capítulo 7). São Paulo: Ed. Atlas.
- Lahy, J.-M. (1932). *Les fondements scientifiques de la psychotechnique*. L'Hygiène Mentale, XXVII, 10, 1-53.
- Muniz, H., Brito, J., Souza, K. R., Athayde, M., & Lacomblez, M. (2013). Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38, 280-291.
- Oddone, I., Re, A., & Briante, G. (1977). *Esperienza operaia, coscienza di classe e psicologia del lavoro*, Turín: Einaudi. (Trad. francesa, 1981: *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*, Paris: Éditions sociales).
- Ombredane, A., & Faverge, J.-M. (1955). *L'analyse du travail. Facteur d'économie humaine et de productivité*. Paris: PUF.
- Rot, G., & Vatin, F. (2004). Les avatars du «travail à la CHAÎNE» dans l'œuvre de Georges Friedmann (1931-1966). *Genèses* 4/2004, 57, 23-40. URL: www.cairn.info/revue-geneses-2004-4-page-23.htm.
- Rot, G., & Vatin, F. (2008). L'enquête des «Gaston» ou les sociologues au travail. Jacques Dofny et Bernard Mottez à la tôle-rie du Mont-Saint-Martin en 1955. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 5 (175), 62-81.
- Russell, S. (2015). Non aux robots de combat., *le Monde*, 8 août 2015, p. 14.
- Teiger, C. (2007). De l'irruption de l'intervention dans la recherche en ergonomie. *Education permanente*, 170/2007-1, 35-49 (dossier *Intervention et savoirs*).
- Teiger, C. (2015a). Jean-Marie Faverge en Amérique (1952) - Préludes à L'analyse du travail (1955). In R. Ouvrier-Bonnaz & A. Weill-Fassina (coord.) *L'analyse du travail, ruptures et évolutions*. Toulouse: Octarès éd. (Téléchargement gratuit sur www.octares.com).
- Teiger, C. (2015b). Laboratório. "Onde fazer ciência"? *Laboreal*, 11 (1), 121-126. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0115ct>
- Teiger, C., & Lacomblez, M. (coord.) (2013). *(Se) former pour transformer le travail - Dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail*. Québec (Canada-Qc.) PUL-Presses de l'Université Laval et Bruxelles: ETUI-European Trade Union Institut éd.
- Teiger, C., & Leal Ferreira L. (2015). Escrever juntos um livro (ergonomistas e sindicalistas): uma ferramenta para a dinâmica pesquisa - formação - ação. In F. M. G. Vezzà, A. M. Iguti, M. A. Bussacos, M. C. Gonzaga, & S. Donatelli (org.), *Análises do trabalho: escritos escolhidos / Leda Leal Ferreira* (pp.51-62). Belo Horizonte, Fabrefactum Ed. Ltda.
- Touraine, A. (1955). *L'évolution du travail ouvrier aux usines Renault*. Paris: Presses du CNRS.
- Tournès, L. (2008). La fondation Rockefeller et la construction d'une politique des sciences sociales en France (1918-1940). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, EHESS, 63 (6), 1371-1402. (halshs-00652586).
- Varro, G., & Perriaux A.S. (1991). Les sens d'une catégorisation: «Les O.S. immigrés». *Langage et société*, 58, 5-36.
- Verey, É., & Touraine, A. (1949). Enquête française de sociologie industrielle. *Cahiers internationaux de sociologie*, 7, 118-119.
- Verry, M. (1955). *Les Laminoirs ardennais. Déclin d'une aristocratie professionnelle*. Paris: PUF.
- Westerlund, G. (1954). Cadre de références et problèmes liés en psychologie industrielle. *Le Travail Humain*, XVII° année, 34-38.
- Wisner, A. (1985). *Quand voyagent les usines. Essai d'anthropologie*. Paris: Syros.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Teiger, C. (2015). La alianza Teoría / Práctica en la obra del sociólogo del trabajo Georges Friedmann (1922-1977).

Laboreal, 11 (2), 86-93.

<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215ct>

NOTAS

- [1] Los dos términos parecen ser utilizados de manera indiferente en aquella época, la Psicología del trabajo estaba bajo la Psicología aplicada / psicotécnica.
- [2] Director del National Institute of Industrial Psychology, Londres, presidente de sección.
- [3] Profesor de Psicología en la Universidad de Liverpool.
- [4] Profesor de Psicología del trabajo en el Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris (de 1970 a 1989).
- [5] Profesor de Psicología social en la Stockholm School of Economics.
- [6] Nació en 1872 (falleció en 1943), investigador y practicante de la psicotécnica, J.-M. Lahy funda en 1924 el primer laboratorio de psicotécnica en la S.T.C.R.P. (Société de transport en commun de la région parisienne) y en 1931 el Servicio psicotécnico de los ferrocarriles del Norte. Director del laboratorio de Psicología aplicada de la École Pratique des Hautes Etudes en 1927, su maestro inicial, Edouard Toulouse, lo presenta entonces como “el más grande realizador de la psicotécnica científica”. Es el co-fundador de la revista *Le travail humain* en 1933.
- [7] El artículo de P. Goguelin (1954) hace referencia a una encuesta sobre los participantes a 128 misiones (sobre 500 más o menos), en vías de definir el rol de la formación adecuada del Psicología industrial en una perspectiva de productividad.
- [8] Me inspire ampliamente de Mateo Alaluf (2012), Olgierd Kutty (2008), Gwenaëlle Rot & François Vatin (2004).
- [9] El Centro de Documentación Social (centro financiado por el banquero y mecenas Albert Kahn y beneficiando de los fondos americanos de la Fundación Rockefeller), se fundó en 1920 por Célestin Bouglé (1870-1940), filósofo y sociólogo, profesor en la Sorbona en Paris, Director de la École Normale Supérieure a partir de 1935.
- [10] Entre los autores figuran I. Meyerson, fundador de la Psicología histórica, que en el prólogo define el trabajo como una conducta, el antropólogo Marcel Mauss («Les techniques et la technologie; plaidoyer pour cette dernière et essais de définitions»), el historiador Marc Bloch, («Les transformations des techniques comme problème de psychologie collective»). La contribución de L. Febvre («Travail évolution d'un mot et d'une idée») es presentada por Fernand Braudel, historiador en la misma rúbrica de las Annales (1951, p. 243).
- [11] M. Alaluf (2012: 729) señala que *L'analyse du travail. Facteur d'économie humaine et de productivité* d'Ombredane & Favre (1955) es la obra la más citada en ese tratado de sociología del trabajo.
- [12] Traducido al español en 1963: Friedmann G. & Naville P. (1963). Tratado de sociología del trabajo. México: Fondo de Cultura Económica.
- [13] Cf. Los estudios novadores en la época del Centro de Documentación Social del ENS con el apoyo de los fondos provenientes de la Fundación Rockefeller (Tournès, 2008).
- [14] "Todo el mundo hablaba de encuesta y nadie, o casi nadie, lo hizo" si más adelante recuerda el sociólogo Michel Crozier (Crozier, 2002, p.91, in Kutty, 2008, p.57 y nota 31).
- [15] Alto funcionario del Ministerio del Trabajo, Profesor de derecho social en el CNAM (de 1976 à 1991).
- [16] Profesor de historia del derecho en la Universidad de Estrasburgo.
- [17] En esta misma época, en este contexto, otros centros de investigación como el Centre d'Etudes et de Recherches Psychotechniques (CERP) llevan a cabo investigaciones de campo sobre otros aspectos del trabajo tales como la de J.-M. Favre, Renée Browaeys y Jacques Leplat en 1956 sobre los programas de formación profesional existiendo en las empresas.
- [18] Se trata de Jacques Dofny, Bernard Mottez y Adrien Morel, posteriormente de Claude Durand, Paul Pascon y Philippe Pigenet (Rot & Vatin, 2008).
- [19] Ex-director del departamento de ciencias humanas y sociales del CNRS.
- [20] Recordemos que en Francia, hasta la autonomía académica, en 1947 para la psicología y en 1958 para la sociología, estas dos disciplinas formaban parte de la enseñanza de la filosofía.
- [21] Período que, en sociología, corresponde a la defensa de método inductivo y cualitativo por Glaser & Strauss (1967) que conduce una «teoría anclada en los hechos».
- [22] Ver los ejemplos en Laboratorio» (Teiger, 2015b) del Diccionario de Laboreal.
- [23] Cf. El artículo Stuart Russell en el diario Le Monde del 8 de agosto de 2015, p. 14: «No a los robots de combate» quien hace alusión a las reacciones «irresponsables» de ciertos científicos frente a las investigaciones que permitieron construir la bomba atómica.
- [24] Desde 1949 para Francia, Friedmann podía respaldarse en la investigación de Verey y Touraine (1949) en la fábrica Renault de la que hace referencia en la edición de 1950 de *Où va le travail humain?* (Friedmann, 1950).

EL DICCIONARIO

MODELO

MICHELLE ASLANIDES

Escuela de arquitectura arte y diseño
Universidad Nacional de Río Negro
Arroyo Angostura 113 - Tigre
Buenos Aires
Argentina
miaslanides@gmail.com

MODELO

MODÈLE

MODEL

INTRODUCCIÓN

En la práctica ergonómica, así como en otras profesiones como la del psicólogo o del médico, la búsqueda de una explicación a las patologías, a los comportamientos y a sus causas recurre a conocimientos archivados en la memoria del analista que le permiten tener una mirada pre-orientada hacia alguna causalidad “esperada” al momento del diagnóstico, aunque este mecanismo cognitivo sea más o menos consciente para el analista. Incluso los más fenomenológicos -que intentan no sesgar el análisis en base a modelos o preconceptos- recurren a una conceptualización mínima, seguramente más flexible y abierta a la sorpresa que ofrece el terreno de estudio, pero en todo caso que no está ausente. Esto es desde ya lo que resulta de una mirada sobre el proceso de generación del conocimiento como la que adoptaremos aquí, fundamentalmente constructivista.

En el campo de la ergonomía ocurre algo similar: recurrimos a varios modelos, tanto a aquellos que nos permiten guiar nuestra mirada para comprender el trabajo y sus relaciones con las enfermedades, accidentes y con el desempeño humano, como a aquellos que nos permiten transformar lo que determina ese trabajo y sus condiciones. Los modelos son recursos conceptuales que nos permiten relacionar los factores que afectan ese trabajo desde el contexto en el cual se sitúa el trabajador, nos permiten relacionar ciertas formas de trabajo con las afecciones a la salud constata- das o con ciertas formas de desempeño, ya sean éstas fracasos o éxitos. Esta es la familia clásica de los modelos para comprender, los famosos conceptos para luego aplicar en la acción. También se nos presentan modelos para la acción, para la intervención, es decir formas de abordar los problemas a resolver, formas recomendadas “por el oficio”, conocimientos procedimentales que guían nuestra forma de actuar en los contextos a transformar. Y están finalmente los modelos epistemológicos, es decir el abordaje en el que se inscriben los objetivos, objetos de estudio y metodologías que desarrollamos desde un rol científico. Comenzaremos la exposición por este último tipo de modelo, seguiremos con el modelo de la ergonomía de la actividad y finalizaremos con un clásico en ergonomía, el modelo de sistema.

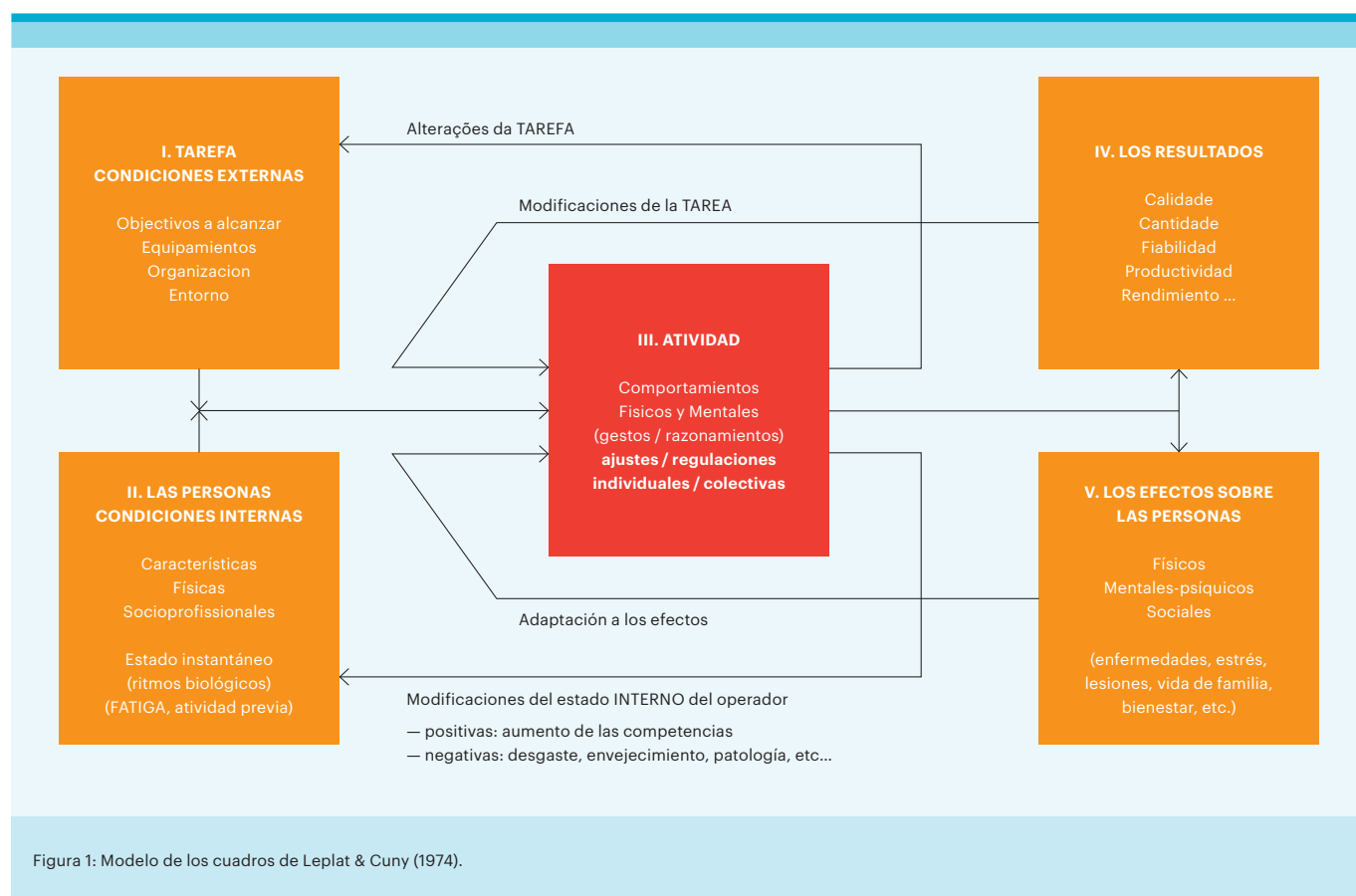
MODELOS DE TRANSFORMACIÓN A PARTIR DEL USO DE ESTÁNDARES O DE CASOS

El primer modelo al que nos referimos en cualquier espacio de enseñanza es el que permite situar nuestra manera de abordar la ergonomía en una de las dos grandes tendencias.

Por un lado puede tratarse de un modelo prescriptivo, generador de principios generales para la transformación y cuyo fin es el de producir normas válidas en contextos de trabajo diferentes que pueden aplicarse en el diseño de artefactos a ser usados en las situaciones de trabajo, tanto materiales como inmateriales (re-

glas). De éste modo tenemos una “corriente anglófona” -así llamada sobre todo desde la segunda corriente, la “francófona”- que investiga desde un enfoque de laboratorio, en el que se reduce la complejidad de las situaciones para controlar los factores que interesa estudiar para explicar sus efectos sobre alguna variable en particular, ya sea en términos de salud como de desempeño. Allí el trabajo se reduce a una operación que se reproduce en forma repetida, a lo sumo en diferentes contextos pero cuyo control es tal que no se alteran las condiciones externas en las que el trabajador tiene que operar. Por ejemplo, cuando se estudia la fatiga por movimientos repetitivos de los dedos de la mano al usar un mouse de un diseño específico, el analista fija la mano del sujeto y le impide que haga movimientos diferentes de los que se prescriben, siendo también sus objetivos -en cuanto a lo que debe hacer mentalmente- siempre los mismos. La idea es que no se le deja tomar iniciativas, modificar su forma de realizar la tarea de otro modo que no sea el que se prescribe para poder ver el efecto del factor repetición en la fatiga de los músculos de la mano, objetivada en un electromiograma. Este modelo no pretende representar la realidad del comportamiento humano en una situación de trabajo particular, sino conocer los límites y las características de algunas de sus funciones fisiológicas y/o psicológicas en contextos controlados y simples. Así, el modelo experimental predomina cuantitativamente en la literatura ergonómica siendo este abordaje experimental de la ergonomía mayoritario en el mundo, como podremos constatar si revisamos los manuales, las actas de congresos y revistas científicas del rubro (Clark & Corlett, 1984; Bridger, 2009; Grandjean, 1983; Salvendy, 2012).

El estudio de casos es un modelo de análisis y de intervención que supone una orientación diferente, basada en un trabajo de modelización de la situación en cada intervención de modo a indagar las características del contexto, de las personas, de la actividad de trabajo y de sus efectos económicos (resultados, calidad, fiabilidad, etc.) y humanos (salud, seguridad, bienestar, etc.). Este enfoque nace en contextos de intervención en los que no basta con aplicar lo que son conocimientos estándar para lograr cambios en las situaciones existentes o futuras, sino que es necesario crear nuevos conocimientos adaptados a los requerimientos y especificidades del caso y por lo tanto generar criterios de decisión *ad hoc* para definir las mejoras necesarias. Aquí el modelo es clínico, mira por un lado, los casos y la complejidad de las interrelaciones entre los elementos del sistema, cómo es que tal actividad se desarrolla por tal o cual elemento del contexto o por tal característica del operador, por un lado (Ombredane & Faverge, 1955; Leplat, 1985, 1992, 1993, 1997, 2000; Queinnec, Marquié, & Thon, 1991; Rabardel, 1995). Por otro lado, analiza cuales son las relaciones entre esa actividad y sus efectos económicos y humanos (Rasmussen & Vicente, 1987). Aquí el modelo de análisis es el del clínico como el psicólogo o el médico que intentan, a partir de los “síntomas”, dar una explicación causal al origen del mismo recurriendo a



sus conocimientos en memoria. Y en este abordaje clínico existen varios modelos de acción, según el contexto en el cual se sitúe la acción de transformación. Existen muchas publicaciones al respecto que intentan modelizar la acción del ergónomo en contextos de intervención más o menos centrados en procesos de concepción de productos, de procesos, arquitectónicos, con un enfoque más o menos predictivo (Daniellou, 1985; Garrigou, 1992; Maline, 1994; Lamonde, 2010) o de intervención correctiva, más o menos participativa (Wisner, 1985; Teiger, 1993; Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, & Kerguelen, 1991; Weill-Fassina & Valot, 1998; Aletcheredji & Heddad, 2006; Landry, 2008).

Si nos refiriésemos a las formas de control de la actividad de tipo SRK (Rasmussen, 1979) que veremos más adelante, podríamos decir que el primer tipo de ergonomía se basa en reglas, y el segundo en conocimientos. El modelo para la acción en ambos casos es diferente, uno es el aplicar una solución conocida al caso que se presenta, y el otro es hacer frente a un problema nuevo para el cual hay que hacer varios ensayos y errores hasta encontrar la solución.

Estos dos modelos presentan a su vez matices en cuanto a los objetivos perseguidos, algunos trabajos pretendiendo mejorar tanto la salud como la fiabilidad humana a la vez (Cuenca & Nussli, 2012), otros solo enfocando los esfuerzos en la mejora de

la salud o de la fiabilidad del trabajador (Amalberti, 2009; Weill Fassina & Valot, 1998).

MODELOS DE TAREA Y DE ACTIVIDAD

El segundo modelo que llama la atención en toda intervención de ergonomía -por lo menos en la tradición de la ergonomía francófona- es el del objeto de estudio. El haber trabajado décadas la distinción entre tarea y actividad -en el sentido que se le dio originalmente (Ombredane & Favergé, 1955)- pero que poco a poco fue evolucionando, nos lleva a plantear a ambos conceptos como objetos de análisis en toda intervención, pero con un modelo de referencia menos rígido en el caso de la actividad.

La tarea es definida por los objetivos y las condiciones en las cuales la organización pretende que se los alcance (Leplat & Hoc, 1983). La actividad es más variable, dependiendo del posicionamiento epistemológico del analista, de su anclaje disciplinar, de sus objetivos. Los ergónomos que analizan la actividad humana desde una mirada fenomenológica por ejemplo, recurren a un concepto denominado “curso de acción” para dar cuenta de esta actividad. Este concepto no requiere y evita el uso de un modelo previo del analista, indicando que la actividad es lo que resulta del relato de lo vivido por el trabajador (Pinsky & Theureau,

1987). Ese es el modelo, la actividad es lo que vivencia el trabajador y en particular se la objetiva a partir de como la describe el mismo. Otros autores plantean a la actividad como una actualización constante de la tarea (Leplat, 2000), otros se preocupan en ayudarnos y permitirnos estructurar las actividades según sus niveles de control en un modelo “en escalera” llamado también “SRK” (Rasmussen, 1979). En este último caso, se identifican los invariantes de la actividad cualquiera sea su contexto, dividiendo las posibles actividades de control en aquellas basadas en automatismos, en reglas o en la búsqueda y construcción de nuevas soluciones ante problemas nuevos. Este es un modelo que permite observar, analizar y comprender al trabajador que no logra describir su trabajo, especialmente en el caso de las actividades automatizadas no conscientes. Aquí la distinción entre tarea y actividad es muy pertinente, ya que en general el único nivel que puede prescribirse es el basado en reglas, los automatismos y resolución de problemas quedando fuera del espectro de la planificación del sistema de producción. Este modelo de actividades es tan flexible y genérico que no plantea trabas al analista, salvo en el caso de querer describir actividades de planificación o de anticipación, como bien indicaron los posteriores trabajos de los discípulos de Leplat.

MODELO DE CAUSALIDAD O DE SISTEMA

Toda disciplina que busca prevenir enfermedades, accidentes y/o fallos en la fiabilidad humana piensa al ser humano en un sistema más o menos complejo, con sus elementos más o menos dependientes e imbricados. El modelo causal que lleva implícito un sistema y su comportamiento en el tiempo es también un recurso para la comprensión y para la acción del ergónomo o del analista del trabajo que pretende prevenir accidentes, enfermedades o problemas de fiabilidad. En el caso de la Ergonomía de la Actividad y de la Psicología Ergonómica, contamos con un modelo que se ha estabilizado como referencia en las intervenciones de los especialistas (cf. Figura 1), el modelo de los cinco cuadros que describe la situación de trabajo, la actividad situada en su contexto (Leplat & Cuny, 1974; Christol & Samrakandi, 1986).

Este modelo es un modelo clave para guiar el análisis de las secuencias de la actividad situada y su evolución tanto previamente a un evento adverso como a posteriori del mismo. Es un modelo para comprender la actividad en situación mientras que la misma se desarrolla, desde un enfoque proactivo, como un modelo que guía el análisis retrospectivo de un accidente o incidente grave. Del mismo modo, al analizar las causas de una enfermedad profesional, puede recurrirse a este modelo causal, que es en sí mismo sistémico, dinámico gracias a sus retroalimentaciones, y flexible ya que las categorías para describir los elementos del sistema quedan abiertas y sujetas al libre criterio del analista en

función de lo que éste encuentra en el terreno analizado. Por otro lado tiene la enorme ventaja de poner a la actividad humana en el centro del sistema, y de ubicarla a la vez como la consecuencia de un encuentro entre una tarea y un ser humano con ciertas características, ambos elementos sujetos a la necesaria variabilidad, como el motor de los efectos que interesa evaluar desde la mirada de la ergonomía: las consecuencias sobre la salud del operador y su desempeño. Este no es el caso de otros modelos sistémicos que se mencionan en la literatura clásica y manuales de Ergonomía (Bridger, 2009; Salvendy, 2012).

Las flechas que retroalimentan los elementos dejan comprender las necesarias adaptaciones que constituyen a la actividad como respuesta a los efectos, y las consecuencias a mediano y largo plazo de esas adaptaciones en cuanto a cambios en la tarea y en el individuo. La dinámica de las situaciones de trabajo queda entonces anunciada desde este modelo tan simple pero tan rico y útil, cualidades que caracterizan a todo buen modelo.

Finalmente, la riqueza del modelo de cinco cuadros reside en parte en que la actividad, ya sea desde una lógica física, cognitiva o social, es siempre un elemento de la situación dependiente de las condiciones externas e internas, y generadora de los efectos a evaluar. En ese sentido, podemos aplicar este modelo tanto cuando el eje del análisis de la actividad se centra en las dimensiones físicas de la misma (desplazamientos, posturas, gestos de incomodidad, etc.) como cuando se centra en las demás dimensiones mental y social.

Para concluir, aunque contamos con varios modelos operativos para nuestra acción de transformación, nos esperan aún como disciplina, grandes desafíos conceptuales en términos de modelización al servicio de la ergonomía misma en los que algunos valientes investigadores ya han intentado aventurarse intentando generar una teoría de la actividad (Rabardel, 1995). Queda el gran desafío pendiente de modelizar –o de por lo menos intentar acordar– y es responder a la pregunta de a qué ser humano estamos queriendo adaptar el trabajo para transformarlo, planteada desde hace tiempo por uno de nuestros grandes maestros (Wisner, 1972).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aletcherredji, T., & Heddad, N. (Orgs) (2006). *A quoi sert l'ergonomie? Hommage à Monique Noulín*. Collection Le Travail en débats. Série Colloques & congrès. Toulouse: Octarès Editions.
- Amalberti, R. (2009). La acción humana en los sistemas de Alto Riesgo. Madrid: Modus Laborandi. (Título original: *La conduite des Systèmes à Risques*, 1996. Paris: PUF).
- Bridger, R.S. (2009). *Introduction to Ergonomics (3rd edition) Study Guide*. London: Taylor & Francis.
- Christol, J., & Samrakandi, H. (1986). Du Diagnostic Médical à

- l'étude de l'homme en situation de travail. La nécessité de l'intervention ergonomique en Entreprise. In, *Horizons Maghrébins. Le Droit à la Mémoire*. Toulouse: Revue des Etudiants Chercheurs Maghrébins de l'Université de Toulouse Le Mirail.
- Clark, T.S., & Corlett, E.N. (1984). *The Ergonomics of Workspaces and Machines. A Design Manual*. London: Taylor and Francis.
- Cuenca, G., & Nussold, P. (2012). Ergonomic analysis for elementary school teachers. Preliminary trial for elementary schools in the province of Buenos Aires. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 41, 3685-3691.
- Daniellou, F. (1985). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches, Université de Toulouse Le Mirail, Toulouse.
- Garrigou, A. (1992). *Les apports des confrontations d'orientations socio-cognitives au sein de processus de conception participatifs: le rôle de l'ergonomie*, Thèse de doctorat d'Ergonomie, CNAM, Paris.
- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (1991). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Montrouge: Editions Anact.
- GrandJean, E. (1983). *Précis d'Ergonomie*. Paris: Les éditions d'organisation.
- Lamonde, F. (2010). *La prise en compte des situations de travail dans les projets de conception: la pratique des concepteurs et des opérations impliqués dans un projet conjoint entre un donneur d'ouvrage et une firme de génie conseils*. Rapport d'Études et recherches: Contexte de travail et SST, Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Landry, A. (2008). *L'évaluation de l'intervention ergonomique: de la recherche «évaluative» à la proposition d'outils pour la pratique*. Thèse de Doctorat en Humanités et Sciences Sociales, Université Victor Segalen Bordeaux II, Bordeaux.
- Leplat, J. (1985). *Erreur humaine, fiabilité humaine dans le travail*. Paris: Armand Colin.
- Leplat, J. (1992). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique: recueil de textes*. Volume 1. Toulouse, Octarès Éditions.
- Leplat, J. (1993). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique: recueil de textes*. Volume 2. Toulouse, Octarès Éditions.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail - Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: PUF.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Leplat, J., & Cuny, X. (1974). *Les accidents du travail*. Paris: PUF.
- Leplat, J., & Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. In, J. Leplat, *L'analyse du travail en psychologie ergonomique: recueil de textes*. Volume 1 (pp. 47-59). Toulouse: Editions Octarès.
- Maline, J. (1994). *Simuler le travail. Une aide à la conduite de projet*. Montrouge et Lyon: Editions Anact.
- Ombredane, A., & Faverge, J.M. (1955). *L'analyse du travail*. Paris: PUF.
- Pinsky, L., & Theureau, J. (1987). *L'étude du Cours d'Action. Analyse du travail et conception ergonomique*. Rapport n° 88, Coll. Physiologie du travail et Ergonomie. Paris: CNAM.
- Queinnec, Y., Marquié, J.C., & Thon, B. (1991). Modèles, comportement et analyse du travail. In, R. Amalberti, M. de Montmollin, J. Theureau, *Modèles en Analyse du travail* (pp. 25-47). Liège: Editions Mardaga.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies*. Paris: Armand Colin.
- Rasmussen, J. (1979). *On the Structure of Knowledge-a Morphology of Mental Models in a Man-Machine Context*. RISØ Report - M2192. Roskilde: RISØ National Laboratory.
- Rasmussen, J., & Vicente, K.J. (1987). *Cognitive Control of human activities: implications for ecological interface design*, RISØ-M-2660. Roskilde: RISØ National Laboratory.
- Salvendy, G. (2012). *Handbook of Human Factors and Ergonomics*. 4th Edition. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique: du travail humain à l'activité de travail. Comprendre le Travail, 1ere partie, *Education permanente*, n°116, 71-93.
- Weill-Fassina, A., & Valot, C. (1998). Le métier ça va, mais le problème c'est c'qu'y a autour. In, M.-F. Dessaigne et I. Gaillard (coord.), *Des évolutions en ergonomie...* (p.75-87). Toulouse: Octarès Éditions.
- Wisner, A. (1972). *A quel homme le travail doit-il être adapté?* Rapport n°28, Coll. Ergonomie et Neurophysiologie du Travail. Paris: CNAM.
- Wisner, A. (1985). *Quand voyagent les usines*. Paris: Editions Syros.

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Aslanides, M. (2015). Modelo. *Laboreal*, 11 (2), 94-98.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215ma>

NOTAS

- [1] Referimo-nos a transformação de acordo com a expressão já clássica usada para definir a ergonomia "Compreender o trabalho para o transformar", que refere tanto uma transformação de tipo corretiva em sistemas existentes, como uma transformação do projetado em processos de concepção, em que o ergonomista trabalha de forma preditiva e preventiva, contribuindo para os planos e fundamentos do design.

EL DICCIONARIO

NOVATO: ¿UNA CATEGORÍA HOMOGÉNEA?

CATHERINE DELGOULET

Laboratoire Adaptations Travail-
Individus (LATI - EA 4469)
Institut de Psychologie
Université Paris Descartes - Sorbonne
Paris Cité
71 avenue Edouard Vaillant
92 774 Boulogne-Billancourt Cedex
France
catherine.delgoulet@parisdescartes.fr

NOVATO: UMA CATEGORIA HOMOGÉNEA?

NOVICE: UNE CATÉGORIE HOMOGÈNE?

NOVICE: A HOMOGENEOUS CATEGORY?

Comúnmente se le califica de novato a una persona que no tiene, o que tiene poca experiencia en relación con una práctica profesional u otra (por ejemplo, en el deporte, en el arte o en un oficio específico).

Si a menudo se tiende a considerar al novato como una categoría social homogénea (por ejemplo, un joven principiante en el ámbito profesional o en un oficio), el estatuto de “novato” puede referirse a diferentes casos. Se puede ser novato a toda edad, estas dos dimensiones estando relacionadas pero no incluyéndose una a la otra. Se puede así ser novato en un área y experto en otra, o en varias otras.

El mundo que nos rodea, y en el cual cada uno evoluciona, está tan en movimiento constante que es necesario considerar esta heterogeneidad de las declinaciones de la noción de novato. Limitándose al mundo laboral, atestiguan de esto las frecuentes evoluciones de los sistemas de información y de comunicación en el trabajo y los cambios recurrentes de los medios que están relacionados con ellos. De experto, se pasa al estatus de novato de manera provisional; un novato tendrá que aprender y apropiarse un nuevo medio. Esto es válido tanto para los cambios tecnológicos como para los cambios organizacionales, materiales o culturales que trastornan el trabajo y sus condiciones efectivas de realización (Gollac, Volkoff & Wolff, 2014). Por otra parte, esta heterogeneidad resulta importante ya que va a marcar la manera en que será posible y pertinente de aprehender dicho estatus, y las preguntas que éste plantea en una situación dada. Es por esta razón que se utilizará el plural en este texto para hablar “de los” novatos.

A menudo opuestos a los expertos, los novatos no son sin embargo ignorantes o totalmente ingenuos. Al contrario, tienen un conocimiento de las reglas generales que les confiere un estatus de “novatos” durante varios días, meses o, incluso, mucho tiempo más según las situaciones laborales estudiadas. Múltiples estudios (Lortie, 2002; Caroly & Weill-Fassina, 2004; Cloutier, Bourdouxhe, Ledoux, David, Gagnon, Ouellet & Teiger, 2005; Delgoulet, Gaudart & Chassaing, 2012; Hamraoui, 2014) enfatizan que la incertidumbre es una de las características de ese estatus.

Esta se puede expresar bajo la forma de empleo precario (trabajo con carácter temporal o a tiempo parcial), en el tipo de función (reemplazo de personas titulares), o también en el nivel de familiaridad ante las especificidades de las situaciones a las cuales se enfrentan (casi nulo).

LOS NOVATOS “EN SITUACIÓN”: ENFOQUES EN CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

En ciencias humanas y sociales se encuentran una gran cantidad de estudios dedicados a los novatos en el área de los conductores de automóviles (que hayan sacado su licencia de manejo recientemente y a menudo jóvenes), de la enseñanza

(principiantes esencialmente), médica (enfermeras en formación inicial realizando prácticas o médicos formándose a las habilidades “técnicas”) y del deporte profesional o de alto nivel (atletas jóvenes y prometedores).

Un paradigma dominante: la comparación novato/experto

Los autores que se han interesado en el estudio de los novatos lo han hecho a menudo en una perspectiva de comparación con los “expertos”^[1]. Esta manera de proceder se justifica en los estudios científicos, al menos por dos razones::

- Permite aprehender lo que necesitan los novatos para responder a los requerimientos de una función o tarea en situación, como así también permite comprender lo que “caracteriza la pericia o conocimiento práctico”. A estos elementos no se les puede identificar fácilmente entre los expertos (están a menudo automatizados y le es difícil explicitarlos)..
- Favorece la actualización de diferencias contrastadas, llamadas “significativas”, que se pueden valorizar fácilmente en publicaciones científicas (a pesar de correr el riesgo a veces de “comparar” sin gran discernimiento).

En este marco general de investigación, los autores desarrollan modelos del comportamiento o de actitudes de los novatos vs. los expertos (por ejemplo, actitud frente al riesgo, sentimiento de angustia, evaluación de los requerimientos de una tarea, sobre estimación de sus capacidades o habilidades) y de sus consecuencias (e.g. seguridad del trabajador, satisfacción y bien estar en el trabajo, fiabilidad de los sistemas socio-técnicos).

Ese tipo de investigación intenta también diferenciar las estrategias puestas en obra al efectuar una tarea, o las necesidades específicas de los novatos vs. los expertos (Authier, Lortie, & Gagnon, 1996; Johari, Sanusi, Isa, & Ghazali, 2014; Aslrasouli & Vahid, 2014; Plamondon, Delisle, Bellefeuille, Denis, Gagnon & Larivière, 2014; Meyer, Li, Klaristenfeld, & Gold, 2015).

Del novato al experto... y el regreso

Otro tipo de estudios se enfocan en el(los) proceso(s) que permite(n) el paso de novato a experto (Benner, 1982), e inversamente, en una búsqueda de reciprocidad de los puntos de vista considerados (McArthur-Rouse, 2008). Intentan entonces definir etapas o estadios que llevan al desarrollo de saberes y saber-hacer eficientes en una situación: es el conocimiento de los requisitos de la tarea, los recursos y obligaciones asociadas hasta el control de las situaciones, lo que permite realizar la tarea enfrentando los imprevistos y pasando por la apropiación que asiente a la manera de hacer (Vézina, 2001). Hacen énfasis en el hecho que el paso de novato a experto no es lineal y supone numerosos ajustes en la situación (Grass, Grangeat & Allenet, 2007).

Estos enfoques no pueden por lo tanto tratar de cuestiones relativas al aprendizaje en el marco de diversos dispositivos que se supone favorecen el desarrollo de los novatos (Lave & Wenger, 1991; Gagnon, 2003; Gaudart, Delgoulet, & Chassaing, 2008; Thébault, Gaudart & Volkoff, 2012; Kehoe, Bednall, Yin, Olsen, Pitts, Henry & Bailey, 2009; Wright & O'Hare, 2015). Se cuestionan entonces los dispositivos de aprendizaje y de acompañamiento de los novatos en el trabajo (por ejemplo, tutoría o mentoreo), los medios de formación y apoyos pedagógicos (por ejemplo, simulación, video, ilustraciones), la adecuación de los métodos de formación a las necesidades de los novatos (por ejemplo, observación de expertos y novatos), y también los intercambios y aprendizajes recíprocos entre novatos y aquellos con más antigüedad en el puesto.

LOS NOVATOS EN EL TRABAJO

Al cabo de la formación inicial, el principiante se convierte en un novato en el trabajo. Ese tiempo de formación puede ser más o menos largo, y relativamente formal. En todo caso, el aprendizaje no se detiene en las puertas de la formación, al contrario: se va a asentar en el ejercicio cotidiano de una tarea, y de manera más amplia, de un oficio.

Las investigaciones en psicología del trabajo y en ergonomía de la actividad se han esforzado poner de relevancia esos primeros momentos en el trabajo, y sobre su expresión en la actividad desplegada en una situación.

Partiendo de las dos categorías del párrafo anterior, se propone presentar aquí de manera sintética algunos estudios..

Rigidez operatoria y capacidad de anticipación escasa “de y en” la acción.

Volviendo a tomar el paradigma novato/experto, los estudios en ergonomía cognitiva se han esforzado en calificar la manera en la que un novato aprehende su trabajo y reacciona (Guindon, 1990; Amalberti & Valot, 1990; Visser & Falzon, 1992; Leplat, 2002). Ponen de manifiesto que la diferencia entre novatos y expertos reside en los modelos mentales que estos movilizan en el área profesional. Los novatos, teniendo un acceso menos rápido a los conocimientos, razonamientos con un escaso nivel de abstracción y basados principalmente en los rasgos de superficie de los problemas, no toman en cuenta las variaciones y los imprevistos. Algunos estudios muestran que los novatos necesitan más informaciones que los expertos para realizar sus tareas, mientras que para los expertos éstas son juzgadas como de escasa utilidad (Le Bohec & Jamet, 2005). Así mismo, los novatos intentan primero utilizar los recursos operatorios tales como se les proporcionaron en el medio laboral (Chatigny, 2001) y son muy dependientes de las condiciones de trabajo en las cuales

están. En esas condiciones los novatos tienden a movilizar y a seguir las reglas o procedimientos oficiales del trabajo (Anceaux & Beuscart-Zéphir, 2002), dejando de lado las especificidades de las situaciones y las disposiciones que éstas suponen (Caroly & Weill-Fassina, 2004), aunque se pueden ver, a menudo en una forma reactiva, algunas modificaciones de regulación de la actividad según el resultado obtenido y las diferencias en relación con el objetivo inicial (Chassaing, 2005). Esta particularidad ha sido interpretada con frecuencia como una dificultad, incrementada en el caso de los novatos, en la capacidad de anticipación de las variaciones del sistema y de manejo de éstas en la acción. Se trata de las variaciones que resultan de las fluctuaciones de las características de los novatos (por ejemplo, estado de fatiga) o de la evolución de los recursos técnicos, organizacionales o humanos (por ejemplo, disfunción de una máquina o avería, retardo de aprovisionamiento, cambios en el equipo). Ya sea que se interese uno en las tareas de mantenimiento (Lortie, 2002; Gagnon, 2005), de montaje de instalaciones temporarias (Zara-Meylan, 2006), de extracción de mineral (Desnoyers, 1995), de un trabajo de control de un proceso continuo de fabricación (Pueyo, Toupin, & Volkoff, 2011), o de actividades de servicio (Caroly & Weill-Fassina, 2004), los análisis de la actividad resaltan la escasez o la falta de tiempo que se le dedica a la preparación de la acción futura, o a los modos de regulación durante la acción, que tienden a prevenir derivas y problemas, en beneficio de una aplicación escrupulosa de las reglas, o al menos de lo que se entendió de ellas.

Una oportunidad para “re-interrogar” al trabajo cotidiano y a sus reglas

Finalmente, otros trabajos ponen en evidencia cuánto y cómo la acogida y el acompañamiento de los novatos en sus primeros pasos frente a las nuevas situaciones de trabajo se revelan como momentos valorizados para re-interrogar el trabajo y sus implícitos que pesan en su realización. Lave et Wenger (1991) señalan la construcción compartida de un nuevo contexto profesional en el momento de migración de los novatos del estatus de actor periférico de una comunidad de prácticas, hacia un estatus de miembro activo de dicha comunidad. Esta migración es propicia para cuestionar las normas interpersonales que organizan una práctica, de someter a debate el « género » de un oficio, antes que cada uno (novato o experto) (re)construya su « estilo » (Clot, 1999). Tourmen y sus colegas (2014) resaltan el carácter estimulante de los novatos. A partir de la mirada novedosa que aportan sobre las normas que los regulan, pueden cuestionar, incluso rechazar, las prácticas en vigor (Billett, 2001). Empujan a sus tutores a tomar consciencia de sus dificultades para decodificar el nuevo contexto que nada tiene de evidente y requiere ser solicitado. (Cloutier, Fournier, Ledoux, Gagnon, Beauvais & Vincent-Genod, 2012).

Estas pistas son, evidentemente, a profundizar y a promoverlas para dar al contexto laboral toda su vitalidad. Sin embargo, no debe olvidarse que acoger y acompañar a los novatos es un trabajo a tiempo completo, que supone ciertos arreglos en cuanto a la cantidad y el contenido del trabajo entregado a los tutores o mentores. Actualmente, estas condiciones raramente se reúnen, lo cual puede frenar la realización efectiva de la tarea de acompañamiento y las posibilidades de desarrollo para los protagonistas de las situaciones tomadas en consideración (Delgoulet, Largier & Tirilly, 2013; Thébault, Delgoulet, Fournier, Gaudart & Jolivet, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amalberti, R., & Valot, C. (1990). Champ de validité, pour une population de pilotes, de l'expertise de l'un d'entre eux. *Le Travail Humain*, 53, 313-328.
- Anceaux, F., & Beuscart-Zéphir, M.C. (2002). La consultation pré-paratoire en anesthésie: gestion de la prise d'information et rôle des données retenues dans la planification du processus d'anesthésie. *Le Travail Humain*, 65, 59-88.
- Aslrasouli, M., & Vahid, M.S.P. (2014). An Investigation of Teaching Anxiety among Novice and Experienced Iranian EFL Teachers Across Gender. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 98, 304-313.
- Authier, M., Lortie, M., & Gagnon, M. (1996). Manual handling techniques: Comparing novices and experts. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 17, 419-429.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82, 402-407.
- Billett, S. (2001). Knowing in practice: re-conceptualizing vocational expertise. *Learning & Instruction*, 11, 431-452.
- Caroly, S., & Weill-Fassina, A. (2004). Évolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans les relations de service. *Le Travail Humain*, 67, 305-332.
- Chassaing, K. (2004). Vers une compréhension de la construction des gestuelles avec l'expérience: le cas des «tôliers» d'une entreprise automobile. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la sante*, 6(1). <http://pistes.revues.org/3280>.
- Chatigny, C. (2001). Les ressources de l'environnement: au cœur de la construction des savoirs professionnels en situation de travail et de la protection de la santé. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 3(2). <http://pistes.revues.org/3719>.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, E., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F., & Teiger, C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail: le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7(2). <http://pistes.revues.org/3208>
- Cloutier, E., Fournier, P.S., Ledoux, E., Gagnon, I., Beauvais, A., & Vincent-Genod, C. (2012). *La transmission des savoirs de métier et de prudence par les travailleurs expérimentés: comment soutenir cette approche dynamique de formation en milieu de travail*. Research report R-740, Studies and Research Projects, Montreal: IRSST.
- Delgoulet, C., Gaudart, C. & Chassaing, K. (2012). Entering the workforce and on-the-job skills acquisition in the construction sector. *Work*, 41, 155-164.
- Delgoulet, C., Largier, A., & Tirilly, G. (2013). La mesure des tuteurs en entreprise: enjeux, complexité et limites. *Formation - Emploi*, 124, 45-62.
- Desnoyers, L. (1995). Déclin d'œil et coup d'œil: sénescence et expérience dans le regard. In J.-C. Marquié, D. Paumès, & S. Volkoff (Eds.), *Le travail au fil de l'âge* (pp. 245-270). Toulouse: Octarès.
- Gagnon, M. (2003). The efficacy of training for three manual handling strategies based on the observation of expert and novice workers. *Clinical Biomechanics*, 18, 601-611.
- Gagnon, M. (2005). Contribution des travailleurs dans l'élaboration des programmes d'entraînement à la manutention sécuritaire: identification des stratégies, évaluation biomécanique et implantation. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. <http://pistes.revues.org/3199>
- Gaudart, C. (2000). Conditions for maintaining ageing operators at work - a case study conducted at an automobile manufacturing plant. *Applied Ergonomics*, 31, 453-462.
- Gaudart, C. (2003). La baisse de la polyvalence avec l'âge: question de vieillissement, d'expérience, de génération? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 5(2). <http://www.pistes.uqam.ca/v5n2/articles/v5n2a4.htm>
- Gaudart, C., Delgoulet, C., & Chassaing, K. (2008). La fidélisation de nouveaux dans une entreprise du BTP: Approche ergonomique des enjeux et des déterminants. *Activités*, 5, 2-24. <http://www.activites.org/v5n2/v5n2.pdf>
- Gollac, M., Volkoff, S., & Wolff, L. (2014). *Le travail et ses conditions*. Paris: La Découverte.

- Grass, A., Grangeat, M., & Allenet, B. (2007). Analyser l'activité de médecins hospitaliers pour concevoir la formation: le cas de la prescription de neuroleptiques. *Activités*, 4, 30-48. <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>
- Guindon, R. (1990). Designing the design process: Exploiting opportunistic thoughts. *Human-Computer Interaction*, 5, 305-344.
- Hamraoui, E. (2014). La vitalité, la vie et le travail, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(1). <http://pistes.revues.org/3547>
- Johari, R.J., Sanusi, Z.M., Isa, Y.M., Ghazali, A.W. (2014). Comparative Judgment of Novice and Expert on Internal Control Tasks: Assessment on Work Effort and Ethical Orientation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 145, 352-360.
- Kehoe, E.J., Bednall, T.C., Yin, L., Olsen, K.N., Pitts, C., Henry, J.D., & Bailey, P.E. (2009). Training adult novices to use computers: Effects of different types of illustrations. *Computers in Human Behavior*, 25, 275-283.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Le Bohec, O., & Jamet, E. (2005). Les effets de redondance dans l'apprentissage à partir de document multimédia. *Le Travail Humain*, 68, 97-124.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. 4(2). <http://pistes.revues.org/3658>
- Lortie, M. (2002). Manutention: prise d'information et décision d'action. *Le Travail Humain*, 65, 193-216.
- Mc Arthur-Rouse, F.J. (2008). From expert to novice: An exploration of the experiences of new academic staff to a department of adult nursing studies. *Nurse Education Today*, 28, 401-408.
- Meyer, R.M.L., Li, A., Klaristenfeld, J., & Gold, J.I. (2015). Pediatric Novice Nurses: Examining Compassion Fatigue as a Mediator Between Stress Exposure and Compassion Satisfaction, Burnout, and Job Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 174-183.
- Plamondon, A., Delisle, A., Bellefeuille, S., Denis, D., Gagnon, D., & Larivière, C. (2014). Lifting strategies of expert and novice workers during a repetitive palletizing task. *Applied Ergonomics*, 45, 471-481.
- Pueyo, V., Toupin, C., & Volkoff, S. (2011). The role of experience in night work: Lessons from two ergonomic studies. *Applied Ergonomics*, 42, 251-255.
- Thébault, J., Delgoulet, C., Fournier, P. S., Gaudart, C., & Jolivet, A. (2014). La transmission à l'épreuve des réalités du travail. *Éducation permanente*. 198, 85-99.
- Thébault, J., Gaudart, C., Cloutier, E., & Volkoff, S. (2012). Transmission of vocational skills between experienced and new hospital workers. *Work*, 41, 195-204.
- Tourmen, C., Leroux, A., & Beney, S. (2014). Qu'est-ce qui s'apprend dans les premiers moments du travail et comment? *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*. 16(4). <http://pistes.revues.org/4276>
- Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS: ouverture à l'interdisciplinarité. *Actes du congrès SELF-ACE «les transformations du travail: enjeux pour l'ergonomie»*, Montréal (Québec), Vol. 1, 44-60.
- Visser, W., & Falzon, P. (1992). Catégorisation et types d'expertise. Une étude empirique dans le domaine de la conception industrielle. *Intellectica*, 3, 27-53.
- Wright, S., & O'Hare, D. (2015). Can a glass cockpit display help (or hinder) performance of novices in simulated flight training? *Applied Ergonomics*, 47, 292-299.
- Zara-Meylan, V. (2006). Contraintes organisationnelles et gestion des risques en milieu ouvert: l'activité des monteurs installeurs de structures de fête. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 8(1). <http://pistes.revues.org/3087>

¿COMO CITAR ESTE ARTÍCULO?

Delgoulet, C. (2015). Novato: ¿una categoría homogénea? *Laboreal*, 11(2), 99-103. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxi0215cd>

NOTAS

- [1] Experto se utiliza aquí en el sentido más amplio del término, es decir una persona que ha adquirido mediante la práctica, competencias y habilidades necesarias para la realización eficiente de una función en diversas situaciones..