

¿Qué sucede con la salud en el trabajo precario?

Desigualdades sociales en salud y trabajo precario.

Rocio Gonzalez Francese.

Cita:

Rocio Gonzalez Francese (2015). *¿Qué sucede con la salud en el trabajo precario? Desigualdades sociales en salud y trabajo precario. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/304>

¿Qué sucede con la salud en el trabajo precario? Desigualdades sociales en salud y trabajo precario.

Rocío González Francese. Becaria doctoral CONICET – Universidad Nacional de Avellaneda.

gonzalezfrancese@yahoo.com.ar

Resumen:

El incremento de la flexibilidad laboral ha conllevado un aumento en el empleo informal, contratos temporales y en la precariedad laboral. En este sentido, en las últimas décadas se presencia una reconfiguración del mundo del trabajo que suscita interrogantes acerca del impacto de estas modalidades más flexibles, e incluso precarizadas, sobre la salud de los trabajadores. Los profundos cambios que han llevado a que la “flexibilización” laboral se haya transformado en una de las características principales del mercado de trabajo han tenido diversos efectos negativos para los trabajadores, en relación a su estabilidad y seguridad laboral.

La salud como parte de la producción social genera en el campo laboral relaciones interpersonales que son al mismo tiempo afectivas; y, en segundo lugar, la salud funciona también como lucha por construir una identidad colectiva. Sabemos que las políticas laborales inciden de manera directa o indirecta en la mejora de las condiciones de vida, a través de la generación de empleo y de generar un ingreso, sin embargo, entendiendo que la salud en el trabajo posee una dimensión colectiva que refuerza los aspectos positivos que posee toda actividad laboral cabe preguntarse cuáles son las políticas de empleo que contribuyen, consolidan e incrementan las capacidades colectivas del bienestar.

Palabras clave: precariedad, salud, trabajo, desigualdades sociales.

Introducción

En las últimas décadas del siglo XX el sistema económico mundial asistió a profundas mutaciones y reestructuraciones que impactaron de manera decisiva en la estructura y dinámica del mercado de trabajo. El llamado proceso de “globalización” ha generado nuevos patrones de desarrollo en las relaciones económicas y sociales a nivel mundial, que no sólo han desembocado en nuevas formas de organización del trabajo, con consecuentes cambios en la producción, sino que han modificado las relaciones de poder entre el capital y el trabajo (Bourdieu, 2003).

Por un lado, existe actualmente una nueva forma de relación capital/trabajo que, rompiendo con los marcos nacionales, y de acuerdo con las necesidades de la economía y la producción global, concibe y gestiona la fuerza de trabajo a escala mundial, pero la utiliza localmente (Beck, 2000; Bauman, 1999). Por otra parte, la globalización está profundizando la dualización interna de los mercados de trabajo que, tanto en su estructura salarial, como en sus condiciones laborales, se polarizan cada vez más en torno a dos segmentos extremos (Sassen, 2003). Ambas tendencias, indisociablemente unidas, tienen consecuencias decisivas en las relaciones laborales, en las condiciones de trabajo y, en general, en la dialéctica capital/trabajo. De esta forma, consideramos que se presencia una reconfiguración del mundo del trabajo que suscita interrogantes acerca del impacto de estas modalidades más flexibles, e incluso precarizadas, sobre la salud de los trabajadores.

Cabe mencionar que entre los factores que facilitaron la profundización de las tendencias de globalización económica se encuentran: el avance de las tecnologías de la información, que contribuyen a reducir los costos de coordinación, logística y monitoreo de las operaciones realizadas en forma geográficamente descentralizada, la baja de los costos de transporte y la liberalización del comercio y de la inversión extranjera directa (Kosacoff y López, 2008). Todos facilitaron tanto el replanteo de las estrategias a escala global, como el reforzamiento de las políticas de tercerización y de deslocalización de la producción y del trabajo. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar que es imposible pensar la globalización sin el contenido ideológico

neoliberal y la impronta que impusieron organismos multilaterales en la imposición de reformas y desregulaciones.

Estos profundos cambios han llevado a que la “flexibilización” laboral se transforme en una de las características principales del mercado de trabajo que ha tenido diversos efectos negativos para los trabajadores, en relación a su estabilidad y seguridad laboral (Castel, 2010). Como afirma Sennett (2005) las transformaciones en los mercados laborales han venido acompañadas de una radical flexibilización de las formas de empleo, lo cual ha dado lugar a cambios en el significado mismo del trabajo. Bajo este contexto, surge la precariedad laboral que ha transformado las relaciones de reproducción social y de las relaciones en el ámbito de la producción, acrecentando la vulnerabilidad de los trabajadores (Neffa, 2010).

Problemática

Las reformas neoliberales transformaron la estructura productiva, laboral y cultural de la Argentina a lo largo de la década de los noventa. Nuestro país experimentó a lo largo de éstos años y durante el inicio de la década siguiente un persistente deterioro de la situación laboral y un empeoramiento del panorama distributivo, siendo el marcado aumento de la pobreza uno de los rasgos distintivos. En este sentido, bajas remuneraciones, nula cobertura social, inestabilidad laboral, volatilidad de ingresos son algunas de las características salientes de los nuevos puestos de trabajo creados durante la década de los noventa (Altamir y Beccaria, 1999). Es por esto que el desempleo y la precariedad no pueden ser concebidos hoy en día como simples anomalías de la situación ocupacional argentina, sino como características estructurales del funcionamiento de su mercado de trabajo. En efecto, Beccaria y Maurizio (2003) advierten sobre el significativo aumento de la desocupación abierta y el alto grado de precarización de las ocupaciones durante los noventa.

El proceso de reformas que desindustrializó la estructura productiva, flexibilizó la regulación laboral desprotegiendo a los trabajadores y replegó al Estado de las políticas sociales, culminó, hacia finales del año 2001, con una crisis económica, social y laboral sin precedentes. Al comenzar el nuevo milenio el índice de pobreza superaba el 50% de la población, de los cuales un tercio se encontraban en la indigencia; el desempleo llegaba a su máximo en el 2002 del 21,5% y la subocupación trepaba al 20% de los ocupados; con una estimación del 45% de empleo informal (INDEC; Neffa, Oliveri & Persia, 2010).

La conflictividad social tuvo su pico en las jornadas de diciembre del 2001 donde la respuesta represiva por parte del gobierno agudizó aún más la deslegitimidad de una clase política que no lograba recomponer la institucionalidad democrática. Al tiempo se acometían dos procesos económicos que disciplinarían al conjunto de la sociedad: el default del Estado porque se ve imposibilitado de asumir compromisos financieros internacionales, y la salida de un sistema de cambio fijo en paridad con el dólar que implicó una devaluación del peso que profundizó aún más las enormes brechas sociales existentes en el país.

Más allá de las orientaciones macroeconómicas que se fueron adoptando durante el año 2002, es partir del gobierno democráticamente elegido en el 2003 que comienzan a perfilarse las

políticas de inclusión social, aún vigentes, a través de un conjunto de políticas sociolaborales: programas de transferencia de ingresos condicionados, particularmente la universalización de las asignaciones familiares equiparando a ocupados y desempleados; reformas en el sistema de seguridad social a partir de la reestatización del sistema previsional, que permitió incorporar a quienes no habían podido hacer sus contribuciones por quedar excluidos del mercado de trabajo; incremento del salario mínimo y de las jubilaciones básicas a través de procedimientos establecidos en la legislación; integración de programas sociales orientados a la generación de trabajo como cooperativas de desocupados; entre otras.

No obstante, el núcleo de estas políticas sociolaborales se encuentra en la consolidación y expansión del mercado formal de trabajo sirviéndose para ello de dos mecanismos principales: la regulación laboral y la negociación colectiva. Desde el año 2003 comienza un proceso complejo, contradictorio, conflictivo pero constante, para desandar el camino de la flexibilidad laboral. En este sentido podríamos mencionar a modo de ejemplo algunas de las iniciativas tomadas durante estos diez años: se promueve la contratación por tiempo indeterminado, se impone cláusulas de doble indemnización por despido durante la crisis y se mejoran las condiciones económicas ante despido, se establecen limitaciones a los períodos de prueba, se acota el uso del contrato a tiempo parcial, se hace más restrictivo el uso de contratos eventuales y se eliminan muchas de sus modalidades, se regulariza a los trabajadores inmigrantes, nuevos regímenes de trabajo agrario y para trabajadores de casa particulares. Por otra parte, como pilar de la política laboral, se pone en marcha el sistema de negociación colectiva que había sido prohibido por la legislación neoliberal, con ronda de negociaciones anuales: se restablece el sistema de ultractividad, devuelve el monopolio de negociación al sindicato con más alto nivel, restablece la preeminencia del convenio de ámbito mayor y de la norma más favorable, restringe los motivos por los cuales una empresa solicita la no aplicación del convenio (Berasueta y Biafore, 2010).

Hacia finales del año 2012, según fuentes oficiales, la pobreza se situaría en el 5,4% y la indigencia en el 1,5% de la población y la tasa de desempleo en un 6,9% con un subempleo global del 9%. A pesar de los buenos resultados obtenidos respecto a los niveles salariales e inclusión de trabajadores en el empleo formal, todavía perdura en el país una tasa de informalidad de al menos 45% (OIT, 2011). Incluso con una persistente, aunque parcial voluntad del Estado nacional en la vigilancia del cumplimiento en las empresas de la legislación tanto laboral como

previsional. Más aún, el camino desandado de la flexibilidad laboral, no ha sido suficiente para eliminar formas de trabajo precarizado como las ya tradicionales observadas en el trabajo agrario donde persisten formas de esclavitud, o las nuevas formas globalizadas como las tercerizaciones en los call centers, entre otras. Sin dejar de mencionar que en el propio empleo público perduran los segmentos de trabajadores precarizados. Precisamente, la importancia del presente trabajo se basa en reflexionar sobre las desigualdades en salud derivadas del empleo, y como consecuencia específicamente de un tipo de inserción en el empleo, que es la del trabajo precario.

Desigualdades en salud, trabajo e identidad colectiva

Las desigualdades sociales en salud son una consecuencia de las desiguales condiciones en que las personas nacen, viven y trabajan. La precariedad laboral genera problemas para la salud y éstos se distribuyen de manera desigual entre los diversos grupos de trabajadores. No todos los grupos sociales poseen las mismas posibilidades de insertarse en el trabajo bajo iguales condiciones de empleo, las desigualdades en salud se manifiestan también a través del género, la edad, la clase social, el grupo étnico y la nacionalidad de las personas (Marmot, 1999). Castel (2010) supo dilucidar de qué manera la marginalidad social tenía su base en la estructura de la sociedad, entendiendo como las diferentes posiciones inestables que se originan por la precariedad de las situaciones de trabajo constituían el caldo de cultivo de la marginalidad social.

Laurell (1981) afirma que el proceso de salud-enfermedad permite entender el modo específico como en el grupo humano se da el proceso biológico de desgaste y reproducción; la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas es lo que se entiende por enfermedad. Este proceso de salud enfermedad, es de carácter social y adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Para esta autora las formas concretas de consumir la fuerza de trabajo en el proceso laboral originan patrones de desgaste de los trabajadores que junto con sus patrones de reproducción determinan las características históricas del proceso de salud enfermedad. Del mismo modo la inserción específica de cada grupo en el proceso productivo origina patologías diferentes (Laurell, 1993).

Desde el punto de vista individual y colectivo, el trabajo debería permitir, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas; además, concebido de esta manera, no sólo no es productor de enfermedad, sino que posibilita la vida humana misma. La producción de bienes, de servicios, de ideas tiene por finalidad satisfacer ciertas necesidades del ser humano. En sentido general, los procesos de trabajo se componen de los objetos y medios de trabajo, la actividad de los trabajadores, el trabajo mismo y una forma de organización y división del trabajo. De la manera

como se combinen estos cuatro elementos dependerán, en gran parte, las características de la salud y de la enfermedad de los trabajadores (Noriega, 1993).

En este sentido, los cambios que se produjeron en el orden macrosocial derivados del nuevo régimen de acumulación que derivó en la precarización de las relaciones laborales, tuvo un impacto clave en la salud de los grupos sociales. Las desigualdades sociales en salud son el resultado de la inserción productiva y del lugar que las personas ocupen en la estructura social (Marmot, 1999). En este sentido, los trabajadores con empleos temporales e inestables adquirieron una existencia social vulnerable y frágil (Dahrendorf, 2003). Entre las características contemporáneas de la situación del trabajo, Dejours (1998) destaca que la disolución del vínculo social no es privativa de los desocupados, sino también de numerosos asalariados que no encuentran el reconocimiento en el trabajo y experimentan la frustración y la soledad. Este autor ha analizado el sufrimiento psíquico resultante de la confrontación de los hombres con la organización del trabajo.

Este sufrimiento puede ser resuelto a través de un proceso de reapropiación de la situación de trabajo, que es colectivo y se consigue a partir del reconocimiento y gratitud que recibimos por nuestro trabajo de parte de nuestros compañeros de labor. Es precisamente, el reconocimiento lo que hace que nuestro trabajo pueda ser una actividad que nos permita la reapropiación de la situación de trabajo o, por el contrario, genere más alienación (Dejours, 1998). El trabajo tiene una relación clave con el reconocimiento; los trabajadores esperan una retribución por la movilización de su subjetividad y de su persona entera: el reconocimiento se instituye como una retribución fundamentalmente simbólica. La apuesta por el reconocimiento, es una apuesta a la salud en la medida en que la identidad no la sostiene solamente el sujeto, sino que también es sostenida a través de la mirada de un otro con el que se relaciona. De aquí el lugar capital del trabajo en la salud, porque el trabajo es el medio, al mismo tiempo que un derecho de aportar una contribución a la sociedad, y a cambio obtener este reconocimiento que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo (Dejours, 1998). En palabras de Suaya (2013) lo que une al sujeto al trabajo es el orgullo de ser socialmente productivo, la valoración, el reconocimiento y la apropiación del saber-hacer son claves en estos procesos.

Conclusiones e interrogantes

La salud como parte de la producción social genera en el campo laboral relaciones interpersonales que son al mismo tiempo afectivas; y, en segundo lugar, la salud funciona también como lucha por construir una identidad colectiva. Siguiendo esta línea Amable (2006) afirmamos que, en el terreno de las relaciones sociales, la precariedad laboral adquiere su dimensión como problema de salud: ya que implica restricciones a la conformación de identidades colectivas y por ende a la realización personal. Al descentrar el trabajo como nodo de organización social, se desestabiliza el modo de vida de los trabajadores, en particular y de la sociedad en general.

El trabajo en las sociedades contemporáneas pareciera perder su función como integrador social y el sentido generador de identidades colectivas. Por lo que el empleo existente no ofrece las condiciones mínimas para el desarrollo y fortalecimiento de las subjetividades e identidades colectivas. La salud colectiva se encuentra condicionada por los modos de vida, por la manera en que los grupos pueden articular sus condiciones de vida, de consumo y las formas de trabajar. La salud de los grupos sociales es consecuencia de su inserción en los procesos de producción a través de sus ocupaciones u oportunidades de empleo, y de sus condiciones de vida producto de los recursos sociales destinados a la reproducción social (Lynch y Kaplan, 2000).

En ese sentido se orientan los cambios durante la última década en la articulación de las políticas económicas, laboral y social, que situaron al trabajo como eje de esa articulación y al empleo como motor de la inclusión social (Novick, 2010). Precisamente, entendemos que un empleo de calidad, digno y justo genera condiciones de cohesión social que contribuye a la determinación de sociedades más saludables (Benach et al. 2007). Sin embargo, cabe preguntarse ¿cuáles son las políticas más efectivas de reducción de las desigualdades en salud derivadas de la inserción laboral? De los cambios que se han producido en las condiciones de empleo ¿cuáles inciden positivamente sobre la salud de los trabajadores? ¿Cuál es la prevalencia de daños a la salud y su distribución entre los diversos grupos de trabajadores? ¿Cuáles son los factores de riesgos que generan daños derivados de la precarización del empleo? ¿La desflexibilización resulta adecuada para la consolidación de un mercado de trabajo formal con derechos y garantías

laborales?, ¿es suficiente para la constitución de la salud colectiva? ¿De qué manera la desmercantilización de las relaciones laborales repercute a niveles individual y colectivo, entre los propios trabajadores que se encuentran incluidos en el centro del mercado de trabajo? Al mismo tiempo, ¿todos los grupos de trabajadores presentan las mismas limitaciones ante su trabajo? Y ¿todos por igual enfrentan problemas de salud derivados de sus condiciones de empleo?

Las políticas laborales que contrarresten los efectos negativos de la precariedad laboral requieren no sólo reconstituir derechos del trabajo, sino también, políticas sociales destinadas a la inclusión de numerosos segmentos de la población tanto a una cultura de trabajo como al consumo que mejore sus condiciones de vida. Hay que valorar sus consecuencias ya que es necesario pensar las relaciones laborales pos-neoliberalismo: ¿Podríamos considerar el debate en torno a la “flexisecurity” (Kalleberg, 2009) como salida para el conjunto de los trabajadores que van adquiriendo el estatuto de “precariado” (Castel, 2010)?

Está claro que las políticas laborales inciden de manera directa o indirecta en la mejora de las condiciones de vida, a través de la generación de empleo y de generar un ingreso, sin embargo, entendiendo que la salud en el trabajo posee una dimensión colectiva que refuerza los aspectos positivos que posee toda actividad laboral cabe preguntarse cuáles son las políticas de empleo que contribuyen, consolidan e incrementan las capacidades colectivas del bienestar.

Bibliografía

- Altamir, O; Beccaria, L (1999), “El mercado de trabajo bajo el nuevo régimen económico en Argentina”, en Heymann, D. y Kosacoff, B. (Eds.), *La Argentina de los noventa. Desempeño económico en un contexto de reformas*, Argentina: Edudeba, Naciones Unidas, Comisión Económica para la América Latina y el Caribe.

- Amable, M. (2006) *La precariedad laboral y su impacto en la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- Bauman, Z. (1999) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Barcelona: Gedisa.
- Beccaria, L.; Maurizio, R. (2003), “Movilidad ocupacional en Argentina”, *ponencia 6** Congreso Nacional de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo, Buenos Aires, Argentina.

- Beck, U. (2000) *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Editorial Paidós, Estado y Sociedad.

- Benach J., Artazcoz L., Cortés J. y Benavides F.G. (2007) *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 3ª ed. Barcelona: Masson.
- Berasueta AC, Biafore E (2010) Capítulo 6. Las reformas laborales desde la post-convertibilidad. Período 2002-2009. En: Neffa JC, Panigo D, Pérez P (comp.) *Transformaciones del empleo en la Argentina. Estructura, dinámica e instituciones*. Buenos Aires: CICCUS-CEIL-PIETTE.
- Bourdieu, P. (2003) *Contrafuegos*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (2010), *El ascenso de las incertidumbres*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Dahrendorf, R. (2003) El nuevo subproletariado, en: Díaz-Salazar, R. (ed) *Trabajadores precarios. El proletariado del siglo XXI*. Madrid: HOAC.
- Dejours, C. (1998) De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors y M. Guiho-Bailly (Comps.), *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.
- INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Economía, Argentina, [<http://www.indec.gov.ar/>]

- Kosacoff, B. y López, A. (2008). América Latina y las Cadenas Globales de Valor: debilidades y potencialidades. En *Revista Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*. GCG Universia. Vol. 2 Num. 1.
- Laurell, A. (1981). El proceso de salud -enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*. 19, 1-11.
- Laurell, A. C. (1993) La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores, en: Laurell, A. C. (ed.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX.
- Lynch, J. & Kaplan, G. (2000) Socioeconomic Position, en: Berkman, L. & Kawachi, I. *Social Epidemiology*, New York: Oxford.
- Marmot, M. (1999) Introduction, en: Marmot, M. & Wilkinson, R. *Social Determinants of Health*, New York: Oxford.
- Neffa JC, Oliveri ML & Persia J (2010). Capítulo 1. Transformaciones del mercado de trabajo en la Argentina: 1974-2009. En: Neffa JC, Panigo D, Pérez P (comp.) *Transformaciones del empleo en la Argentina. Estructura, dinámica e instituciones*. Buenos Aires: CICCUS-CEIL-PIETTE.
- Neffa, J. C. “Aportes para entender la lógica de generación del empleo precario” en Del Bono A., Quaranta G. (comp.) (2010) *Convivir con la incertidumbre. Aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en la Argentina*. Cap. 10. Buenos Aires: CICCUS-CEIL.
- Novick M (2010). Capítulo 1. Trabajo y contexto en el desarrollo productivo argentino. En: Del Bono A, Quaranta G (Comp.) *Convivir con la incertidumbre. Aproximaciones a la flexibilización y precarización del trabajo en la Argentina*. CICCUS-CEIL-PIETTE.
- OIT (2011). Notas OIT. *Trabajo Decente en Argentina*. Octubre 2011.
- Sassen, S. (2003) *Contra geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.
- Sennett, R. (2005) *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Suaya, D. (2013) Historia Vital del Trabajo, dispositivo psicosocial de intervención clínica: construcción y aplicaciones. En Garañao, P. Zelaschi, C. Amable, M. (comps.) (2013). *Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad*. Rio Cuarto: Unirio editora.