



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad De Ciencias Sociales

Departamento de Sociología

La relación entre trabajo y salud

Significados y prácticas en trabajadores de supermercados

Tesis para optar al título profesional de Socióloga

Autora: Manuela Abarca Ferrando

Profesora Guía: Catalina Arteaga

Santiago de Chile, Noviembre, 2016

*He aquí, pues, el bien que yo he visto: que lo bueno es comer y beber, y gozar uno del bien de todo su **trabajo** con que se fatiga debajo del sol, todos los días de su vida que Dios le ha dado; porque esta es su parte.*

Eclesiastés 5:28

Agradecimientos

A todos quienes hicieron esta investigación posible, prestándome su tiempo, disposición y espacio, compartiendo conmigo un poco de sus problemas y alegrías.

A mis padres y hermanas, cuyo amor me permitió estar aquí.

A Marco, quien con su amor y paciencia me alienta todos los días.

A los amigos que encontré y que ahora son parte de mi vida.

A la profesora Catalina Arteaga por su interés, ayuda, guía y paciencia. A la profesora Helia

Henriquez por su ayuda y buena disposición.

A Dios, de quien es la sabiduría y la fortaleza

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
I.1 Pregunta y Objetivos.....	14
I.1.1 Pregunta de Investigación	14
I.1.2 Objetivo General.....	14
I.1.3 Objetivos Específicos.....	14
I.2 Hipótesis de Trabajo	14
I.2.1 Hipótesis General.....	14
I.2.2 Hipótesis específicas	15
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	16
II.1 El Modelo de Salud y Seguridad Ocupacional y su relación con la salud de los trabajadores	16
II.1.1 Datos en salud laboral: subregistro y subdeclaración de enfermedades profesionales	17
II.1.2 Panorama en salud laboral de la población trabajadora: invisibilización de las “nuevas patologías laborales”	23
II.1.3 Problemas con el modelo SSO: explicación del subregistro y subdeclaración de enfermedades y accidentes	26
II.2 Panorama de inserción laboral y de tratamiento en salud: precariedad y vulnerabilidad.	31
II.3 Población de estudio: trabajadores de supermercados.....	34
II.3.1 El sector retail: breve caracterización.....	35
II.3.2 Sector supermercados: breve caracterización	36
II.3.3 Trabajadores y trabajadoras del sector supermercado	38
CAPÍTULO III: LINEAMIENTOS TEÓRICOS.....	46
III.1 Enfoque para el estudio de la compleja relación entre trabajo y salud.....	46
III.2. Individualización, flexibilización y responsabilización: las tres aristas de la conformación de experiencias.....	52

III.2.1	Procesos individualización y responsabilización y su correlato en las subjetividades...	52
III.2.2	Configuración de experiencias laborales en un paradigma productivo flexible	54
III.3	Principios del Paradigma del Modelo de SSO: la exclusión del trabajo y la culpabilización de la víctima.....	57
III.3.1	El sesgo de género del paradigma de salud y seguridad laboral.....	60
III.4	Privación material, exclusión social y desmoronamiento subjetivo: relación entre trabajo, salud y subjetividad.....	62
III.4.1	Construcción de significados e identidades asociadas al trabajo	64
III.4.2	La salud como proceso social, subjetivo e intersubjetivo.	69
CAPÍTULO IV:	MARCO METODOLÓGICO	76
IV.1	Metodología de investigación	77
IV.1.1	Enfoque de la investigación	77
IV.1.2	Tipo de estudio.....	77
IV.1.3	Técnicas de producción de la información.....	78
IV.2	Diseño muestral.....	79
IV.2.1	Estrategia de muestreo	79
IV.2.2	Población de estudio	79
IV.2.3	Muestra trabajadores	79
IV.2.4	Muestra informantes claves.....	81
IV.2.5	Estrategia de análisis de la información.....	82
IV.2.6	Trabajo de campo y rapport	82
IV.3	Operacionalización y plan de análisis	83
CAPÍTULO V:	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
V.1	Contexto de trabajo-salud en supermercado.....	88
V.1.1	Caracterización general entrevistados	88
V.1.2	Las secciones como mundos de experiencias particulares	88

V.1.3 De los privilegiados a los precarizados	91
V.1.4 Del contraste a la unificación de las experiencias: el cansancio y el agotamiento	93
V.2 Gestión de la Empresa y Sistema Mutua l en Salud y Seguridad Ocupacional	94
V.2.1 Gestión de la empresa en SSO	96
V.2.2 Gestión en del Sistema Mutua l en SSO.....	103
V.2.3 Discurso de los actores empresariales en SSO	106
V.2.4 Conclusiones capítulo.....	113
V.3 Sentidos y prácticas trabajadores.....	115
V.3.1 Experiencias y sentidos de los trabajadores sobre el modelo SSO.....	115
V.3.2 Prácticas de los trabajadores en salud laboral.....	119
V.3.3 Conclusiones capítulo.....	130
V.4 Significaciones trabajo, salud y vínculo entre ambos.....	132
V.4.1 Significaciones sobre los efectos del trabajo sobre la salud.....	133
V.4.2 Causalidad trabajo-salud: cómo el trabajo afecta la salud.....	134
V.4.3 El caso particular del estrés	138
V.4.4 Los riesgos en mi puesto de trabajo	142
V.4.5 Significados en salud: importancia de la responsabilidad individual.....	144
V.4.6 Significados sobre el trabajo: centralidad y ambivalencia	148
V.4.7 Conclusiones capítulo.....	151
V.5 La construcción identitaria: efectos de los problemas de salud laboral.....	153
V.5.1 La identidad como resultado de las experiencias trabajo-salud	153
V.5.2 La experiencia trabajo-salud como resultado de la construcción de identidad.....	160
V.5.3 Cómo soy yo frente a mis problemas de salud: Identidad de los trabajadores en torno al vínculo trabajo-salud.	161
V.5.4 Conclusiones capítulo.....	164
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	166
VI.1 Respuesta a la pregunta de investigación.....	166

VI.2 Contrastación de hipótesis y resultados por objetivo	170
VI.3 Reflexiones: aportes y limitaciones del estudio.	174
VI.3.1 Aportes de la investigación	174
VI.3.2 Limitaciones y nuevas líneas de investigación.....	175
BIBLIOGRAFÍA.....	177
ANEXOS	190

INTRODUCCIÓN

Esta Tesis de Pregrado fue realizada en el marco del Proyecto FONDECYT N° 1140930 “Experiencias posicionales: subjetividades en la transformación social de Chile”, y se inscribe en el interés de construir conocimiento acerca de la relación entre las transformaciones de la estructura social y los correlatos subjetivos y significaciones que produce a nivel individual y colectivo en los trabajadores.

El objetivo de esta tesis es indagar en las significaciones y prácticas que construyen los trabajadores del sector supermercados sobre la relación trabajo-salud, a partir de sus problemas de salud laborales. La investigación se cuestiona cómo los trabajadores perciben que el trabajo afecta sus estados de salud, y viceversa, en un contexto de vulnerabilidad en sus condiciones laborales y de salud, considerando a la vez el vínculo con los procesos de construcción de identidad y de la gestión en SSO del sistema mutual y la empresa empleadora. Para ello, adoptó un enfoque cualitativo, realizando entrevistas a trabajadores del sector supermercado.

El presente documento se divide en seis acápite principales, que guían el desarrollo del problema. En el Capítulo I se presenta el problema de investigación, desarrollándolo en sus principales elementos, para concluir planteando la pregunta e hipótesis que guían el presente estudio. En el Capítulo II se realiza la revisión de los antecedentes principales del problema, en este caso, relacionados con el funcionamiento del Sistema de seguridad y Salud Ocupacional en Chile, los estados de salud de la población trabajadores, y las condiciones de trabajo y de salud con las que conviven. También se describe el sector retail y supermercadista, para comprender el contexto en el que se insertan los trabajadores del estudio, sus características, y cómo afectan negativamente sus estados de salud.

Una vez comprendido el contexto general del problema, en el Capítulo III se profundiza en los lineamientos teóricos a través de los que se (re)construyó la relación entre trabajo y salud, para así comprender las significaciones y prácticas que construyen sobre la misma los trabajadores entrevistados en este estudio. En él, se detalla el contexto de conformación de subjetividades y de inserción laboral de los sujetos, el paradigma sobre el que yace el modelo de salud y seguridad laboral chileno, así como la importancia del trabajo y la salud en la construcción de subjetividades de los trabajadores, acercándose de manera particular a la relación entre trabajo y salud vista desde las subjetividades, para comprender— acorde al objetivo de la presente investigación—

los importantes vínculos que existen entre el trabajo, la salud y la conformación de subjetividades e identidades en los sujetos.

En el Capítulo IV se presenta el marco metodológico de esta investigación, de enfoque cualitativo, recogiendo la información a través de entrevistas a trabajadores de supermercados y distintos informantes claves relacionados con el ámbito de la salud laboral en las empresas.

Luego, en el Capítulo V se exponen los resultados de la investigación y las respectivas conclusiones, que versan sobre los modos de gestionar los problemas de salud laboral por parte de la empresa y el sistema mutual y el discurso que responsabiliza a los trabajadores de sus lesiones, accidentes y enfermedades en el trabajo; las prácticas que construyen los trabajadores para gestionar sus problemas de salud laboral y los sentidos que le atribuyen; las significaciones de trabajo, salud y su vínculo, que construyen los trabajadores de supermercados sobre el trabajo; y la relación entre los problemas de salud laboral y el discurso de la empresa con la construcción de identidad de los trabajadores.

Y finalmente, en el Capítulo VI se detallan las conclusiones de la presente tesis, respondiendo a la pregunta de investigación sobre las significaciones y prácticas de los trabajadores de supermercados respecto a sus experiencias en trabajo-salud, contrastando a su vez las hipótesis planteadas.

CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los costos de vida que deja el trabajo son altos, y los grupos sociales, dependiendo de su época histórica, van a padecer lesiones, enfermedades y accidentes según cómo el proceso productivo requiera utilizar su capacidad de trabajo (Marx, 1976). Desde la Revolución Industrial y las paupérrimas condiciones de vida y de explotación para los trabajadores, continuando con la llegada del modelo fordista-taylorista de trabajo, hasta el paradigma flexible y las constantes revoluciones tecnológicas experimentadas a la actualidad, se ha constatado cómo la organización del trabajo, las condiciones de empleo y las relaciones interpersonales en el espacio laboral, se vinculan con los estados de salud/enfermedad de la población trabajadora.

La salud de los trabajadores es una preocupación que está tomando cada vez más relevancia en el debate público. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que 2.34 millones de personas mueren al año en el mundo por enfermedades o accidentes laborales, definiéndolo como un “problema en alza mundial”. De estas, poco más de 2 millones tienen como causa exclusiva enfermedades profesionales (OIT, 2013). En nuestro país, por el contrario, se desconoce la real incidencia del trabajo en los estados de salud de la población trabajadora. Chile, como todas las sociedades modernas, según García (2004), presenta una contradicción: por un lado, posee una adelantada condición de salud producto de los avances tecnológicos, donde se han erradicado los problemas infecciosos, se ha elevado la esperanza de vida, se ha reducido la mortalidad infantil y materna y se han desarrollado amplias redes de servicios de atención que permiten el acceso a variados grupos poblacionales; pero, al mismo tiempo, ha aumentado la accidentabilidad y las enfermedades ocupacionales en grandes sectores de la población trabajadora.

En el país existen importantes índices de desgaste mental y físico. Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo y Salud (ENETS, 2010), el 26% de la población trabajadora define su estado de salud como “malo”; el 30% declara agotamiento laboral, dolores de cabeza, irritabilidad, problemas para dormir, dolores musculares y óseos permanentes; mientras que el 54% se encuentra insatisfecho con su trabajo, siendo estas percepciones mayores en mujeres y trabajadores de bajos niveles educativos. Existen también considerables índices de desprotección en las empresas frente a distintos riesgos ocupacionales, relacionados con falta de implementos de seguridad, desconocimiento y carencia de capacitaciones laborales (ENCLA, 2014).

Uno de los aspectos que ha despertado más preocupación sobre el estado de salud de los chilenos es su salud mental. Chile es uno de los países con más alta tasa de depresión del mundo, habiendo

4 veces más prevalencia de síntomas depresivos en la población de chilenos adultos que en el resto de la población mundial (Ansoleaga & Miranda, 2014). Las patologías más prevalentes son los trastornos de ansiedad y ánimo, además de abuso de sustancias y alcoholismo (Aceituno, Miranda & Jiménez, 2012). Este problema afecta en mayor medida a la población trabajadora: en el año 2014 en la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), mutualidad privada, el 48% de las licencias médicas correspondió a problemas de salud mental en los trabajadores, aumentando este diagnóstico un notable 82% entre el 2001 y 2011. El ausentismo laboral por estos problemas se estima entre 35 y 40 % (Vöhringer, 2016).

A pesar de estas preocupantes cifras, el efecto que tienen los factores y condiciones de trabajo en estos hechos son desconocidos (Ansoleaga & Miranda, 2014). No hay estadísticas confiables sobre la magnitud de los estados de salud laboral de la población, ya que existen serias falencias en el registro, evaluación y asistencia de siniestros en el Modelo de Salud y Seguridad Ocupacional (SSO), que están provocando problemas de *invisibilización* y desprotección en salud. El sistema, dirigido por las mutualidades como organismos administradores, está reconociendo únicamente el 10% de las denuncias de enfermedades profesionales, según cifras de la misma Superintendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SUCESO, 2015). En contraste con este bajísimo índice, han ido en aumento los días perdidos por licencias médicas del sistema de salud común (SUCESO, 2015), mientras se estima que el 40% de las licencias de tipo común coinciden con diagnósticos típicamente laborales (Miranda, 2012). Lo anterior es agravado por el hecho de que sólo el 70% de los trabajadores está protegido, y son aquellos pertenecientes al sistema formal de la economía (Vives & Jaramillo, 2010).

De otro lado, el Modelo SSO ha permitido la creación de conflictos de intereses entre mutuales y empresas, derivando en la monetarización y creación de un negocio en torno a la salud ocupacional. El sistema funciona de tal manera, que es conveniente para las empresas que sus empleados no asistan a la mutualidad, pues un alza en el registro de siniestralidad significa un alza en las primas que deben pagar al sistema mutual. Al mismo tiempo, para la mutualidad no es provechoso declarar enfermedades y accidentes como de origen laboral, pues al subir las primas, corre el riesgo que la empresa-cliente cambie de organismo administrador (Echeverría, 2007). Para evitar lo primero, las empresas configurarían una serie de estrategias relacionadas con distintos hostigamientos y presiones para evitar que los trabajadores asistan a declarar a la mutualidad, mientras que las mutualidades disminuyen artificialmente el reconocimiento de accidentes y enfermedades ocupacionales y tiempo de recuperación (Echeverría, 2007;

Finkelstein, 2009). A la vez, las políticas de prevención de riesgos del Modelo SSO se centrado de manera casi exclusiva a generar cambios en las conductas de los trabajadores, presuponiendo que los accidentes y enfermedades son causadas por una “propensión al riesgo” en sus comportamientos, dejando de lado intervenciones en las condiciones laborales y gestión de mano de obra.

Lo anterior, ha culminado en una *responsabilización* del trabajador de sus estados de salud, mientras que se *desresponsabiliza* a la organización del trabajo y el funcionamiento del sistema SSO. Con ello, no se interviene en las condiciones de trabajo que están provocando daños a la salud de los trabajadores, mientras que se genera un importante *subregistro y subnotificación* de accidentes y enfermedades ocupacionales. La institucionalidad en salud está así *invisibilizando* la salud de los trabajadores, a la vez que aumenta su desprotección, provocando numerosos menoscabos en sus estados de salud producidos lentamente, que no se registran en las estadísticas oficiales, siendo atribuidas al estilo de vida de las personas más que a las condiciones laborales (Díaz, 1996).

Este panorama aumenta más aún la vulnerabilidad de los trabajadores si se considera que en el país ha habido un considerable crecimiento del empleo precario, donde la inestabilidad laboral, los bajos salarios, y la escasa representación colectiva son factores que generan efectos negativos en la calidad de vida y salud de los trabajadores (Vives & Jaramillo, 2010). La ENETS 2010 comprueba que existe una relación significativa entre los trabajos considerados precarios y peores estados de salud y calidad de vida en la población. La opción en salud, de otro lado, está siendo trasladada cada día más a la elección individual de cada sujeto de vivir sano, hacer deporte y tener una alimentación saludable. No obstante, con las largas jornadas de trabajo (Chile se encuentra entre los países donde más horas se trabaja a la semana, según el ranking de la OCDE) y los niveles de salario y endeudamiento actuales, sumada a la misma desprotección social que fundamenta el sistema, incluso esta opción se vuelve inviable para la mayor parte de los individuos.

La salud es condición necesaria para el desenvolvimiento de una vida digna y plena. En la modernidad, la salud se ha vuelto un bien buscado como de primer orden, a través del cuidado del cuerpo, la buena alimentación, visitas al médico y vida de deporte (Beck, 2000). Su pérdida significa la exclusión del mercado laboral, y en muchos casos, la exclusión de la comunidad, pues se traduce en pérdida de la capacidad de trabajar, de sustentarse asimismo y a otros, de pertenecer a una comunidad, y de ser socialmente valorado. El trabajo, por su lado, otorga el

“soporte identitario que permite la realización de proyectos personales, posibilita la construcción de una imagen positiva frente a sí mismo y a los demás, ofrece la posibilidad de crecer y aprender, y constituye, para muchos trabajadores, fuente de dignidad” (Díaz Berr, Godoy, & Stecher, 2005). Y, sin embargo, las evidencias señalan los malos estados de salud de la población y cómo el trabajo en Chile es actual fuente de agobio para los individuos, caracterizado por el sufrimiento y la sobreinversión (Díaz, Godoy & Stecher, 2006). Creemos, por ende, que un problema de salud al interior del trabajo y ocasionado por el mismo, podría incidir de manera considerable en la construcción de las identidades y generar cambios en la propia subjetividad de los sujetos.

Considerando lo anterior, esta investigación se cuestiona **cómo los trabajadores significan sus experiencias en salud laboral, y cuáles son las acciones y prácticas que orientan para gestionar y negociar sus problemas de salud en el trabajo**. De manera más específica, nos preguntamos por cómo perciben la relación que existe entre trabajo y salud, sobre todo ante un escenario de vulnerabilidad, individualización y responsabilización como en el que están insertos.

Un estudio como el presente retoma la importancia de las subjetividades de los trabajadores para comprender sus significaciones y prácticas frente al sistema de salud laboral y la empresa. También procura entender cómo negocian los relatos oficiales de individualización y responsabilización de sus condiciones de salud y de trabajo, y en qué medida éstos permean en sus percepciones sobre las mismas. El estudio de la relación entre trabajo y salud desde las subjetividades es enriquecedora, pues nos acerca a la esfera de la producción y reproducción social de los sujetos, así como a su esfera íntima y familiar, incluso en la relación con su propio cuerpo. Se relaciona a la vez de manera directa con cómo los trabajadores van construyendo su identidad laboral, y cómo inciden en ella los problemas de salud laboral en la medida que pueden transformar la percepción ellos y los demás sobre sí mismos.

Para ello hemos elegido el sector supermercado, que como parte del sector *retail*, se conforma como uno de los sectores más dinámicos de la economía chilena, experimentando profundos procesos de modernización y transformaciones en la organización laboral. Pero también se caracteriza por significativos procesos de precarización, como reducción de los salarios, aumento de las jornadas laborales e intensificación de los ritmos de trabajo. Al mismo tiempo, es uno de los sectores donde ha crecido de manera más vertiginosa los índices de accidentes y enfermedades profesionales y se encuentra a la vez entre los que tienen menor reconocimiento

por el sistema mutual. Estas características lo transforman en un sector ideal para estudiar cómo los nuevos tipos de trabajo están afectando los estados de salud de los sujetos, así como sus percepciones sobre el trabajo, la salud y la relación entre ambas.

I.1 Pregunta y Objetivos

I.1.1 Pregunta de Investigación

A partir de sus problemas de salud de origen laboral ¿Cómo los trabajadores del sector supermercado significan la relación existente entre trabajo y salud? y ¿Qué prácticas construyen en torno a ella?

I.1.2 Objetivo General

Indagar en las significaciones y prácticas que construyen los trabajadores del sector supermercados sobre la relación entre trabajo y salud a partir de sus problemas de salud de origen laboral.

I.1.3 Objetivos Específicos

1. Analizar los modos de gestionar los problemas de salud laboral en el trabajo por la empresa y el sistema mutual.
2. Analizar las prácticas que construyen los trabajadores y los sentidos que les otorgan, para gestionar sus problemas de salud laboral.
3. Analizar los significados entregados al trabajo, la salud y el vínculo entre ambos.
4. Analizar cómo afectan los problemas de salud laboral en la construcción de identidades de los trabajadores.

I.2 Hipótesis de Trabajo

I.2.1 Hipótesis General

Las significaciones y prácticas que los trabajadores de supermercados construyen en relación a sus problemas de salud laboral están fuertemente influenciadas por la gestión y el discurso de la

empresa y las mutualidades sobre salud y seguridad ocupacional, por el contexto cultural vivido en el país y tipo de inserción laboral en supermercado, y por la importancia y centralidad que los sujetos le otorgan al trabajo en su proyecto de vida y constitución identitaria.

I.2.2 Hipótesis específicas

Hipótesis 1. Los modos de gestionar los problemas de salud laboral por parte de la empresa y el sistema mutual se caracterizan por no reconocer los accidentes y enfermedades de los trabajadores como de origen laboral, y por desplegar un discurso que los responsabiliza de sus lesiones, accidentes y enfermedades en el trabajo. Los trabajadores rechazarían, en sus prácticas y significaciones, esta gestión y el discurso responsabilizador que la justifica.

Hipótesis 2. Las prácticas que construyen los trabajadores para gestionar sus problemas de salud laboral están orientadas a privilegiar la permanencia en el trabajo y su productividad, por sobre sus estados de salud.

Hipótesis 3. Las significaciones de trabajo, salud y su vínculo, que construyen los trabajadores de supermercados, van a depender en gran medida de la red de apoyo que los rodee. Los trabajadores que posean una red de apoyo importante, van a significar de maneras más positivas el trabajo, la salud y la relación entre ambas.

Hipótesis 4. Los problemas de salud al interior del trabajo van a significar un desmoronamiento de la identidad laboral de los trabajadores, pues afectan negativamente la percepción de sí mismos, y la percepción que los otros (sus pares, familia y empresa) tienen sobre ellos.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La situación de salud de los trabajadores depende en gran medida del funcionamiento del modelo de salud laboral y de sus condiciones laborales objetivas. A continuación, se profundizará en el primer punto, indicando cuáles son sus principales falencias, y cómo están afectando a la salud y calidad de vida de la población trabajadora. También se describirá el panorama laboral y el sistema de salud chileno, y de manera específica, se profundizará en el sector retail y supermercadista, para comprender el contexto en el que se insertan los trabajadores del estudio, sus características, y cómo éstas condiciones afectan negativamente sus estados de salud.

II.1 El Modelo de Salud y Seguridad Ocupacional y su relación con la salud de los trabajadores

La especialidad que se ha encargado de tratar y estudiar de manera específica la relación entre trabajo y salud ha sido la salud ocupacional, institucionalizada en un sistema nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (SSO), bajo la premisa esencial que todos los problemas de salud relacionados con el trabajo son, por definición, susceptibles de prevención modificando los espacios y sujetos laborales (Ruiz-Frutos, García, Delclós & Benavides, 2007). Su finalidad consiste en promover y mantener el buen estado de salud de los trabajadores, a través de la vigilancia, prevención y la protección contra los riesgos laborales.

En Chile, la salud laboral se encuentra reglamentada por la Ley 16.744 que establece el Seguro Social Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (1968), que protege a todos los trabajadores dependientes e independientes que cotizan, frente a los siniestros que ocurran a causa o con ocasión del trabajo (Jiménez, 2001). Es un seguro obligatorio, esto quiere decir que la afiliación de un trabajador a una entidad previsional es otorgada por ley, de manera que, si su empleador no se encuentra adherido a una mutualidad de empleadores, es de por sí incorporado al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), que es el organismo administrador público del Seguro. Se encuentra regido también por el principio de automaticidad de las prestaciones, es decir, el trabajador está cubierto por el seguro desde el mismo momento que comienza a trabajar. Y, por último, es un seguro integral, que contempla prestaciones preventivas para evitar accidentes y enfermedades ocupacionales, prestaciones médicas curativas y de, y prestaciones económicas a través de subsidios, indemnizaciones y/o pensiones de invalidez y sobrevivencia.

El seguro se financia mediante cotizaciones del empleador, más cotizaciones adicionales variables que se fijan en función del riesgo de la empresa teniendo en cuenta los accidentes, incapacidades permanentes y muertes ocurridos en la misma. El seguro es administrado por tres mutualidades de empleadores, que son corporaciones de derecho privado sin fines de lucro, entre las que se cuentan la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), la Mutual de Seguridad C.Ch.C (más el ISL). La supervisión y fiscalización del funcionamiento general del seguro se encuentra radicada en diferentes entidades públicas, entre las que destacamos dos: el Sistema Nacional de Servicios de Salud y Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO).

A pesar de estas prestaciones, el modelo no ha cumplido sus labores esenciales de prevención y protección de los riesgos, accidentes y enfermedades del trabajo, causando serios daños a los estados de salud de la población, lo que se profundizará en los siguientes capítulos.

II.1.1 Datos en salud laboral: subregistro y subdeclaración de enfermedades profesionales.

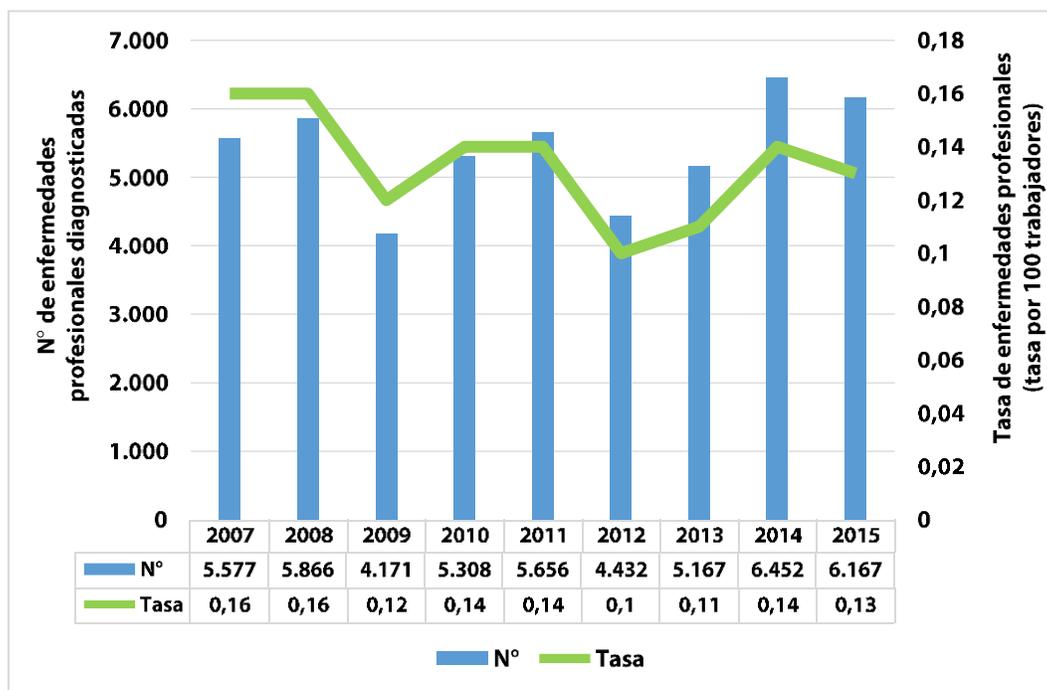
La información de enfermedades, accidentes y muertes laborales¹ en el país es escasa y, en el mejor de los casos, parcial, dado que no se recoge sistemáticamente para el conjunto de la población trabajadora (Vives & Jaramillo, 2010). Para conocer el estado de salud ocupacional del país existen principalmente dos fuentes. La primera es la información oficial difundida por la Superintendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SUCESO), la que corresponde a los datos entregados por las mutualidades. Esta fuente posee graves problemas de confiabilidad en sus indicadores— cómo se verá a continuación— por lo que para caracterizar de manera más completa el panorama de salud en la población trabajadora, es necesario recurrir a la segunda

¹ La circular N° 2806 de la SUCESO define por “Accidente y/o Enfermedad laboral” a todo evento causado de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad temporal, o permanente o muerte. Se entenderá por “Accidente y/o Enfermedad laboral con Alta Inmediata y/o sin Incapacidad Permanente” a todo evento causado de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona cuando el profesional competente determina que el trabajador no requiere guardar reposo y/o no presenta una incapacidad permanente, lo que quiere decir que no se pagan indemnizaciones. Se entenderá por “Accidente y/o Enfermedad Común” a todo evento causado por situaciones, condiciones o factores no laborales, es decir, no atribuibles en forma directa a las condiciones de trabajo, independientemente de las consecuencias de dicha enfermedad.

fuentes, que son las diferentes encuestas a nivel nacional que indagaron en salud laboral, como la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida (ENETS, 2010), la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), y la Encuesta Nacional de Coyuntura Laboral (ENCLA).

En los últimos años tanto las enfermedades como los accidentes de trabajo han mostrado señales de disminución: de una tasa de 0,16 enfermedades y 6,0 accidentes por cada 100 personas en el 2007, se ha descendido a una de 0,13 enfermedades y 3,7 accidentes en el 2015 (Gráfico N°1 y N°2). Llama la atención la rapidez con la que han disminuido los accidentes de trabajo, un notable 42% en el periodo 2006-2015, hecho que según la SUCESO se debe a la erradicación de accidentes de menor gravedad (Gráfico N°2).

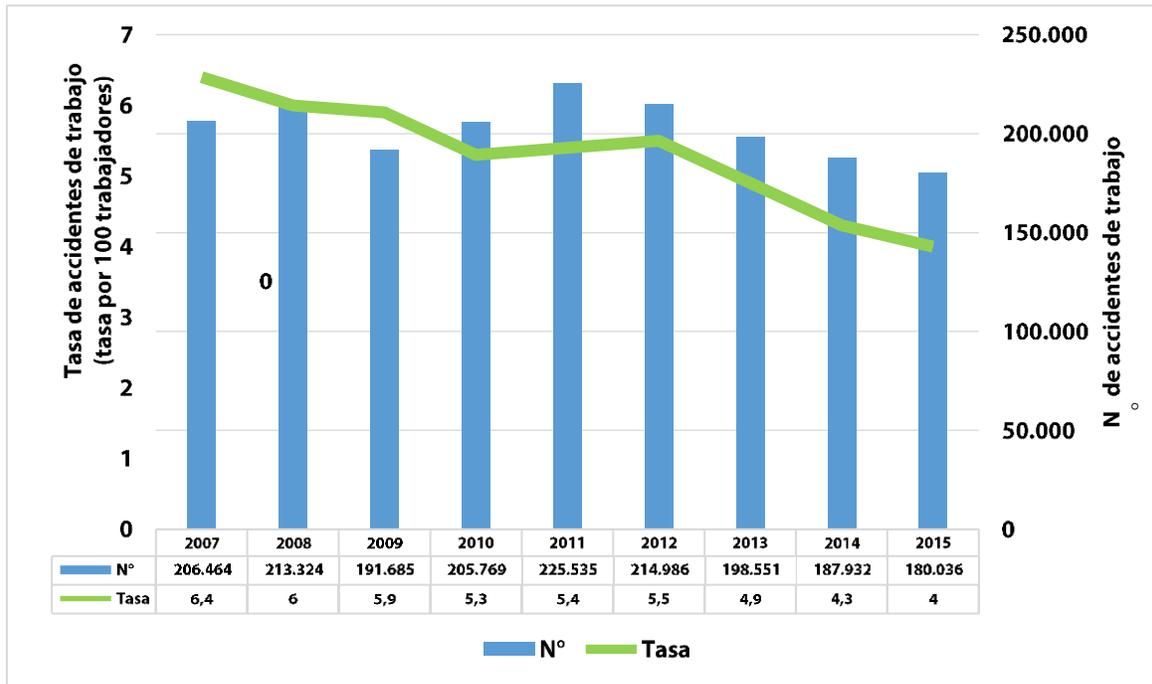
GRÁFICO N°1. TASA Y N° DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DIAGNOSTICADAS. MUTUALIDADES 2007-2015



Fuente: Boletín Estadístico SUCESO 2015 Informe Anual

Nota: A contar del año 2015, se incorporan al registro de enfermedades profesionales aquellas que causan incapacidad permanente o muerte sin tiempo perdido. Los totales del 2014 y 2015 incluyen estos casos.

GRÁFICO N°2. TASA Y N° DE ACCIDENTES DEL TRABAJO. MUTUALIDADES 2007-2015

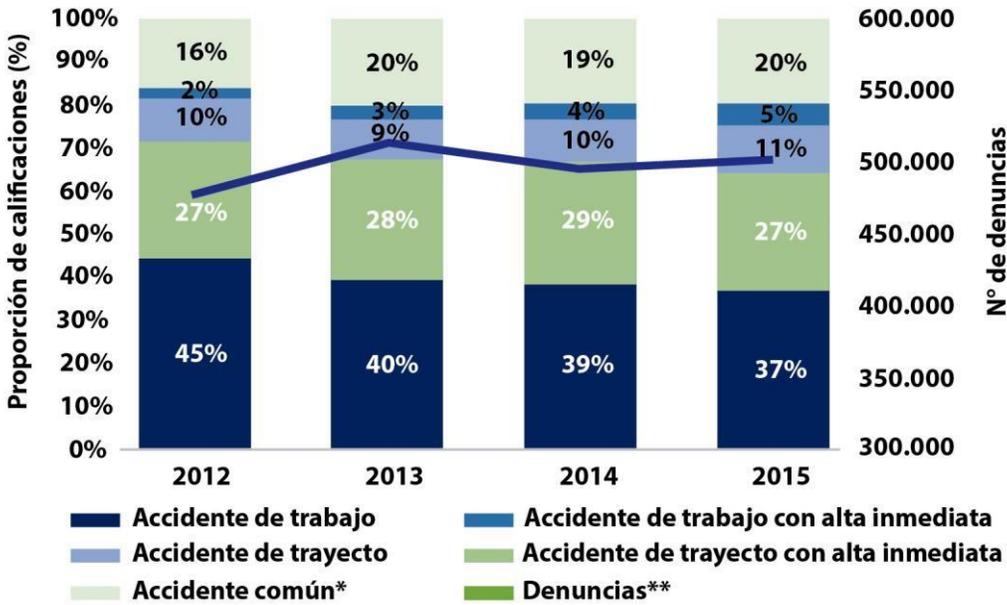


Fuente: Boletín Estadístico SUCESO 2015 Informe Anual

Es de destacar también la ínfima cantidad de enfermedades profesionales, las que corresponderían a un promedio aproximado del 3% del total de casos de accidentes (periodo 2007-2015). Sin embargo, estos datos difieren al panorama internacional, donde la OIT (2013) señala que en el mundo las muertes por enfermedades laborales son 6 veces más que las causadas por accidentes, denominándolas como la nueva “pandemia mundial”. Datos nacionales también mostrarían un aumento de la gravedad de las enfermedades por sobre los accidentes: en el 2015 las enfermedades laborales generaron un promedio mensual de 61 días perdidos para recuperación, frente a 19 días causados por accidentes (SUCESO, 2015).

Siguiendo esta línea, el Sistema Nacional de Información sobre Seguridad y Salud en el Trabajo² (SISESAT), indica que, a pesar de la disminución de las tasas de enfermedades y accidentes, las denuncias de trabajadores por las mismas han aumentado. Esto significa que la gran mayoría de estas denuncias están siendo calificadas como “comunes” (es decir, de origen no laboral). Así, de las cerca de 500 mil denuncias por accidentes de trabajo, 48% fueron declarados como tales por las mutualidades, y un 32% como accidentes con alta inmediata³ (lo que quiere decir que no se pagaron indemnizaciones). Es decir, menos de la mitad de los accidentes fue reconocido y cubierto por el Seguro, tendencia seguida desde el año 2012, cómo se observa en el Gráfico N°3.

GRÁFICO N°3. DENUNCIAS POR ACCIDENTES DEL TRABAJO Y PROPORCIÓN DE CALIFICACIONES. MUTUALIDADES 2012-2015



Fuente: Boletín Estadístico SUCESO 2015 Informe Anual

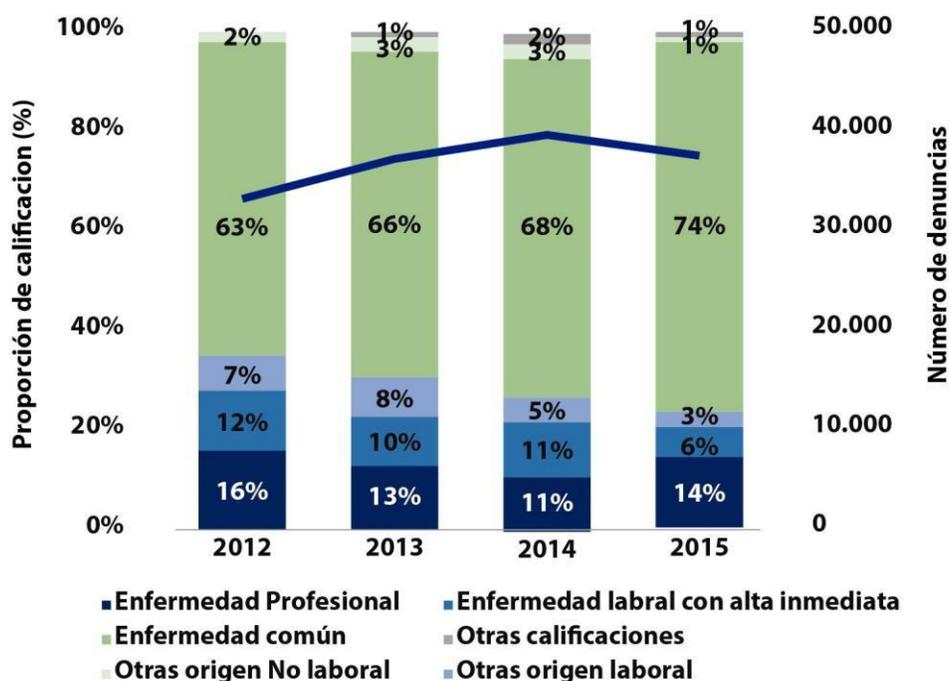
Notas: (*) Incluye otras calificaciones de origen no laboral (**) Se consideraron solamente las denuncias calificadas.

² El SISESAT es una plataforma que permite registrar e integrar información referida a denuncias, diagnósticos, exámenes, evaluaciones y calificaciones de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales, así como las actividades de prevención y fiscalización que correspondan.

³ Este dato incluye los accidentes de trabajo y de trayecto.

En el caso de las enfermedades laborales de las cerca de 36.000 denuncias de trabajadores, sólo el 10% fue reconocida como enfermedad laboral, el 12% como de alta inmediata (es decir, sin reposo ni indemnización), mientras que un 74% se calificó como enfermedad común. Cómo se observa en el Gráfico N°4, este reconocimiento ha venido a la baja desde el año 2011. Estas cifras nos hablan de una gran cantidad de requerimientos que son rechazados como de origen laboral por el sistema mutual, y otra importante que es reconocida, pero no obtiene los beneficios del Seguro.

GRÁFICO N°4. DENUNCIAS POR ENFERMEDADES PROFESIONALES SEGÚN CALIFICACIONES.
MUTUALIDADES 2012-2015 (N° y % DE CALIFICACIÓN)



Fuente: Boletín Estadístico SUCESO 2015 Informe Anual

Notas: “Otras origen No Laboral” y “Otras origen laboral” incluyen todo tipo de accidentes de trabajo y trayecto. “Otras calificaciones” incluye “no se detecta enfermedad” y “derivación a otro organismo administrador”.

De acuerdo a la SUCESO (2014), el enorme rechazo de enfermedades laborales derivaría, principalmente, de una significativa carencia en la notificación, reconocimiento y cobertura de éstas, que existe en el país desde los años 80. En su informe del mes de Junio 2015, la entidad

compara⁴ la relación denuncias/reconocimientos de enfermedades profesionales de Chile con países europeos que poseen mismo perfil de patologías laborales, a partir de información de un estudio realizado por la EUROGIP⁵. Este estudio muestra que en nuestro país la tasa de denuncias de trabajadores con enfermedades laborales, que corresponde a 790 por cada 100 trabajadores, es mayor que en países como Dinamarca (681), Francia (619), Italia (220) y Alemania (124), pero, al mismo tiempo, presenta menor proporción de enfermedades reconocidas oficialmente: sólo un 12% frente a un 45% de reconocimiento promedio en los países mencionados (SUCESO, 2015b).

Esta falta de notificación, reconocimiento y cobertura no sólo significa mayor desprotección para los trabajadores, sino que se convierte en un problema de salud pública cuando se toma en cuenta, por ejemplo, el estudio de Concha y Labbé (2007) quienes calculan que, de acuerdo a las estadísticas oficiales, en el país debería haber un total de 3.378 muertes por enfermedades profesionales y, sin embargo, ese mismo año los datos oficiales constataron un total de 116 muertes por enfermedad laboral.

Para corroborar lo anterior y poder aproximarnos a la magnitud real de enfermedades laborales en el país, usamos la información sobre salud laboral recolectada por las encuestas a nivel nacional CASEN 2011 y ENETS 2010, con la intención de compararlas con los datos oficiales de la SUCESO 2011. La Tabla N° 1 muestra un total de 782.004 casos enfermedades laborales en la CASEN 2011 y 830.286 en la ENETS 2010. Ambas encuestas coinciden en que las enfermedades profesionales son una cifra mucho más alta que el promedio de 5.421 enfermedades calificadas como de origen laboral por las mutualidades desde el 2007 (Tabla N°1). Luego, al comparar los datos de la CASEN 2013 y 2015 con los datos de la SUCESO para los mismos años, se observa una diferencia igual de significativa, demostrando una tendencia que se repite con los años (Tabla N°1).

⁴ La comparación corresponde al año 2011 para los datos de Europa y 2015 para los de Chile. Sólo contempla estadísticas de enfermedades profesionales reconocidas como tales en el sistema vigente de las estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social.

⁵ EUROGIP es una organización francesa encargada de investigar temas relacionados con la seguridad y salud del trabajo en Europa.

TABLA N°1. COMPARACIÓN N° DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES ENTRE SUCESO 2011, ENETS 2011 Y CASEN 2011/ SUCESO 2013 Y CASEN 2013/ SUCESO 2015 y CASEN 2015

Eventos laborales	SUCESO 2011	ENETS 2010	CASEN 2011**
Accidentes	225.535	442.343	139.948
Enfermedades	5.656	830.286	782.004
	SUCESO 2013		CASEN 2013
Accidentes	198.551		132.399
Enfermedades	5.167		885.680
	SUCESO 2015		CASEN 2015
Accidentes	180.036		271.914
Enfermedades	6.167		1.101.231

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SUCESO, ENETS, y CASEN.

Notas: (*) La cifra de Enfermedades Profesionales corresponde a cantidad de trabajadores que han tenido enfermedades diagnosticadas provocadas y/o agravadas por el trabajo. (**) Las cifras de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales de la CASEN 2011, 2013 y 2015 corresponden a un periodo de 3 meses anteriores a la encuesta. Para poder comparar las cifras con la ENCLA y la SUCESO, fueron multiplicadas por 4 para aproximar los resultados a un total de 12 meses.

La tendencia que indican estos datos de las encuestas, a pesar que se basan únicamente en las percepciones de los trabajadores, permiten concluir, junto con los otros antecedentes entregados, que existe una subdeclaración (es decir, calificaciones como “no laborales”) y un subregistro considerable de enfermedades profesionales, y que los trabajadores poseen también una fuerte percepción de que sus problemas de salud tienen como origen el trabajo.

II.1.2 Panorama en salud laboral de la población trabajadora: invisibilización de las “nuevas patologías laborales”

Ahora bien, a pesar que se determinó que existen considerables cuestionamientos a las estadísticas oficiales sobre salud laboral, en este capítulo se van a caracterizar los estados de salud de la población trabajadora, complementando la información con la recopilada por estas encuestas. En el país son más comunes las enfermedades profesionales ligadas a los “nuevos tipos de trabajo”: la mayor cantidad de diagnósticos de denuncias por enfermedades profesionales corresponden a enfermedades musculoesqueléticas (60%) y de salud mental (23%). Ambas

categorías concentran más del 80% de los diagnósticos totales de las denuncias por enfermedades profesionales. Las demás corresponden a enfermedades dermatológicas (4%), audiológicas (2%), respiratorias (2%) y otras (8%). Sin embargo, durante el 2015 solo 15% de las patologías musculoesqueléticas y el 12% de las mentales fueron calificadas como laborales. Patologías con una alta proporción de calificación laboral corresponden a enfermedades audiológicas (65%), dermatológicas (55%) y respiratorias (53%) (ver Gráfico N° 5). Es decir, que las enfermedades con mayor prevalencia en la población son las menos aceptadas por el sistema mutual, lo que indica una gran desprotección para los trabajadores que sufren este tipo de patologías, que abundan en sectores como Comercio y Servicios.

GRÁFICO N°5. COMPARACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE DENUNCIAS POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y DEL TOTAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES CON CALIFICACIÓN LABORAL. MUTUALIDADES, 2015



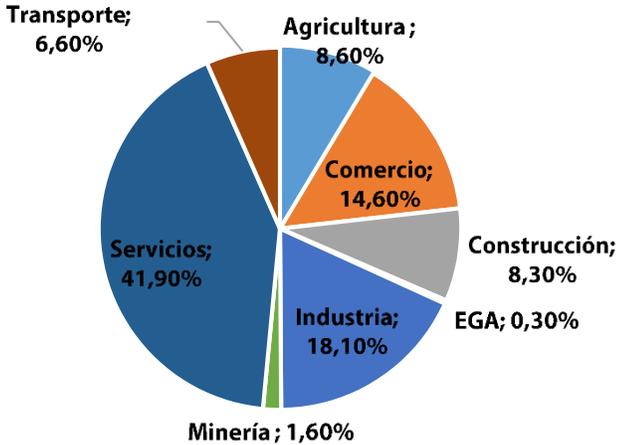
Fuente: Elaboración propia a partir de Boletín Estadístico SUCESO 2015 Informe Anual

Es interesante hacer notar que existen más hombres con trastornos musculoesqueléticos (57%) y mayor cantidad de mujeres con trastornos de salud mental (64%). Este último hecho se debe probablemente a que asumir mayores responsabilidades domésticas y familiares hace a las mujeres más vulnerables a este tipo de patologías, ya que implica una mayor carga global de trabajo que trae como consecuencia cansancio prolongado, fatiga y estrés laboral (SUCESO, 2015). La gran mayoría de los accidentados son hombres (69%), dado que trabajan en ocupaciones calificadas como más riesgosas (construcción, minería, alturas, maquinaria pesada,

etc.). En contraste, la incidencia de enfermedades laborales es mayor en las mujeres: la tasa de enfermedades laborales es de 0,14 en las mujeres y 0,07 en los hombres, diferencia que se puede deber a los sectores de inserción laboral. El grupo etario que sufre mayores accidentes son de 24 a 45 años (SUCESO, 2015b).

La mayoría de los accidentes del trabajo ocurrieron en 2015 en las áreas de Servicios (29%), Comercio (20%), Construcción (15%) e Industria (15%). Llama la atención que desde el año 2006 han aumentado los accidentes en Comercio y disminuido en Industria, lo que nos habla de las transformaciones en la estructura del empleo y riesgos (SUCESO, 2015). De la misma forma, los sectores que tuvieron la mayor presencia de enfermedades profesionales fueron Servicios (41,9%), Industria (18,1%) y Comercio (14,6%), sectores donde predominan las denominadas “nuevas patologías del trabajo” (ver Gráfico N°6). Sin embargo, los sectores que poseen mayor tasa de reconocimiento de enfermedades son Industria, Minería y Agricultura, lo que da nuevamente indicios que en los sectores considerados más “tradicionales” hay mayor reconocimiento de enfermedades, y no así en los sectores productivos de Servicios y Comercio, donde existe otro perfil de patologías.

GRÁFICO N°6. PROPORCIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA. MUTUALIDADES, 2015 (PORCENTAJE DEL TOTAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DIAGNOSTICADAS).



Fuente: Boletín Estadístico SUCESO 2015 Informe Anual 2015

Respecto a los riesgos en el lugar de trabajo, las posturas molestas y los esfuerzos musculares excesivos, referidos a riesgos ergonómicos y, por otro lado, la gran responsabilidad que requiere su trabajo, la capacidad de concentración, la falta de tiempo libre y la incertidumbre laboral, asociados a riesgos psicosociales y trastornos muscoesqueléticos, son los aspectos más mencionados por los trabajadores que afectan su calidad de vida, y tienen que ver de manera directa con las formas de organización del trabajo (ENETS, 2010).

De otra parte, hay notables niveles de desinformación y desprotección en los trabajadores chilenos. La ENETS 2010 destaca que poco más del 30% de trabajadores declara no haber sido informado sobre los riesgos en su trabajo y sólo el 47,7% de ellos señala que se le entregan elementos de protección, siendo el 67,8% hombres. Los trabajadores que poseen menor nivel de información, capacitaciones en salud laboral y elementos de protección y seguridad son las mujeres, y los de menores niveles educativos. Además, en un 30% de los casos de accidentes o enfermedades de origen laboral, su empresa no los derivó al sistema mutual, debiendo conseguir la atención por sus propios medios. Cabe mencionar que la gran mayoría de los casos sin atención se encuentra nuevamente en el grupo de trabajadores con menor nivel educacional, mujeres, y con menores ingresos (ENCLA 2011; ENETS, 2010).

II.1.3 Problemas con el modelo SSO: explicación del subregistro y subdeclaración de enfermedades y accidentes

A partir de la revisión anterior, surge la interrogante sobre las razones del subregistro, subdeclaración, desinformación y subsecuente desprotección de los trabajadores en relación a sus problemas de salud en el trabajo.

Primero, se puede mencionar la naturaleza misma de las enfermedades. A diferencia de los accidentes, que son inmediatos e irrumpen el proceso productivo, las enfermedades poseen largos periodos de latencia, lo que dificulta su diagnóstico como de origen laboral, siendo más fácil atribuirlos a causas externas al trabajo (SUCESO, 2015b). Además, los síntomas de las enfermedades de origen laboral poseen similitudes, por lo menos en sus fases iniciales, con las provocadas en otras dimensiones de la vida (Betancourt, 1995). Esto ha provocado que el registro de los accidentes laborales se haya privilegiado por sobre el de las enfermedades profesionales, dada su mayor evidencia (y así lo demuestran los datos revisados) (Echeverría, 2000).

En segundo lugar, la legislación misma del Seguro. Echeverría (2000) lo define como “hecho para la fábrica” puesto que fue creado en un contexto de industrialización en el escenario del

trabajo fabril, para un trabajador de tipo industrial de sexo masculino. Éste no contempla las transformaciones del mundo laboral, relacionadas con procesos de flexibilización de contratos y tiempos de trabajo, externalizaciones y terciarizaciones, así como un aumento de las ocupaciones en el sector servicios y feminización del empleo, las que tienen impacto en la estructura de riesgos laborales, en el tipo de accidentes y naturaleza de las patologías ocupacionales. Esto se suma al hecho que la legislación chilena exige la existencia de una relación causal entre el quehacer laboral y la patología para que sea reconocida como de origen profesional, lo que desconsidera sobre todo la naturaleza misma de las enfermedades profesionales modernas (como los trastornos musculoesqueléticos y mentales) que no poseen una relación unívoca como, por ejemplo, la de la sílice y la silicosis (Echeverría, 2000:2007).

Y, en tercer lugar, el mismo funcionamiento del sistema mutual. Las mutualidades, como organismos administradores del Seguro, tienen la facultad de atender en sus propios centros asistenciales privados⁶, la responsabilidad de determinar el grado de incapacidad por accidente o enfermedad laboral, y la función de definir si sus empresas afiliadas cumplen los requisitos para acceder a una rebaja de cotización adicional. A ello, se suma la prohibición legal de creación de nuevos organismos administradores, que han convertido a las mutuales en “juez y parte” del sistema de salud laboral, quienes mediante sus evaluaciones pueden determinar las pensiones que se pagan a los trabajadores y las tasas de cotización de las empresas (Figuroa & Villarrubia, 2011). Este rígido marco jurídico, en conjunto con una ley ambigua respecto a la detección de enfermedades y accidentes del trabajo, ha permitido la formación de un sistema oligopólico, debilidad importante del sistema (Rodríguez, 2005; Miranda, 2012). Dado que parte de la cotización que las empresas deben pagar al sistema mutual se determina en función del riesgo que presenta según la actividad económica que desarrolla, cualquier aumento de notificación de accidentes y enfermedades laborales, tanto para las empresas como para las mutuales, se convierte automáticamente en indeseable (Vives & Jaramillo, 2010). Según una investigación sobre gestión del sistema mutual y empresas en salud laboral en Chile, realizada por Finkelstein (2009), las empresas intervendrían a través de distintas trabas y/o hostigamientos para impedir que los trabajadores asistan a la mutual para evitar un alza en las primas, mientras que las mutuales, por

⁶De acuerdo a Figuroa y Villarrubia (2011), en su artículo del periódico online Ciper, las mutuales para su construcción, compra y mantenimiento, han utilizado las cotizaciones de los trabajadores afiliados, fondo que por ser parte del sistema de prestaciones sociales, es público. Con esto, además, quedan exentos de pagar parte de sus ingresos al sistema de salud público.

su lado, disminuyen artificialmente el tiempo de recuperación de los trabajadores luego de un accidente o enfermedad. La ENETS 2010 muestra que un 35% de los casos de no asistencia a la mutual en caso de enfermedad laboral, y un 8,8% en caso de accidentes, se debe a trabas en el mismo lugar de trabajo. Este último hecho afecta gravemente la posibilidad de los trabajadores de denunciar sus problemas de salud ocupacionales, provocando *subnotificación*.

Miranda (2012), al respecto, indica que el sistema de pago de primas produce “incentivos perversos” en las empresas y mutualidades para no denunciar los siniestros de los trabajadores, pues se fomenta la creación de una relación clientelar entre empresa y organismos administradores. Ante la eventualidad que una determinada empresa se cambie de mutualidad, al verse obligada a desembolsar grandes sumas de dinero en cotizaciones y presionadas a invertir dinero en prevención de riesgos, los organismos administradores se vuelven menos exigentes en controlar los aspectos de la prevención y poseen menos incentivos para diagnosticar accidentes y enfermedades como de origen laboral (Echeverría, 2000).

Ante este panorama, los trabajadores se ven obligados a tratar sus problemas de salud en el sistema de salud común. Según la ENETS (2010) sólo un 13,9% de los trabajadores entrevistados víctima de algún siniestro laboral asistió a alguna mutualidad, mientras que un 45,9% acudió a establecimientos de salud públicos y un 13,9% lo hizo a privados. Según Miranda (2012), estos datos señalan la subvención del sistema de salud público y privado (que denominamos como “sistema de salud común”) hacia el sistema de salud laboral. El autor cita una investigación encargada por la Asociación de Isapres en el 2010, la cual indica que un 40% de los casos atendidos por el sistema de salud común cumplen los criterios para ser considerados enfermedad profesional, a saber: trastornos mentales, osteomusculares y de columna.

A esto se le suma el hecho que el Seguro no está protegiendo al 30% de la población trabajadora, correspondiente a cuenta propia, servicios domésticos, informales, rurales y mujeres (ENETS, 2010), haciéndose cargo únicamente de la población económicamente activa en el trabajo formal que posee menor riesgo de accidentarse y enfermarse, lo que reproduce las desigualdades sociales (Echeverría, 2007). De la misma forma, un 30% de los casos de accidentes y enfermedades no recibieron la asistencia médica correspondiente, ni por sistema mutual ni por común, por imposibilidad económica, de tiempo, barreras en el lugar de trabajo, desconocimiento y/o desinterés (ENCLA, 2011; ENETS, 2010). El 82 % de los casos sin atención se encuentra en los grupos más vulnerables: mujeres y con bajos niveles educativos.

Al afectar la fuerza trabajadora, que constituye el 35% de la población chilena, pilar fundamental para el desarrollo económico y social del país, la salud laboral se configura como problema de salud pública, que no sólo tiene un alto costo para el país, sino también para las familias, quienes terminan cubriendo los gastos de sus problemas de salud de origen laboral. En otros países el coste anual en patologías de origen laboral tiene un costo similar al de enfermedades más notorias como el cáncer o cardiovasculares (Ruiz-Frutos, et al., 2007). Pero en Chile, la salud ocupacional no se encuentra en el foco de las instituciones públicas o privadas, ni en las prioridades del Estado o de los sectores empresariales (Echeverría, 2000). De hecho, hasta antes del tema del accidente de la mina de San José, no era prioridad para el sector político ni para el productivo revisar el sistema de salud y seguridad laboral (Miranda, 2012). No existe una política integrada de SSO que centralice las labores de diseño y planificación, que lleve un registro unificado de la información y coordine los distintos actores involucrados, siendo un modelo que carece de una fiscalización y de vigilancia adecuada (Echeverría, 2000).

De hecho, para las empresas la prevención y protección de la salud de sus trabajadores es en general tratado como tema anexo y no forma parte del diseño estratégico en la concepción de sus procesos productivos (Echeverría, 2000). La ENCLA 2014 denuncia un relativo bajo cumplimiento en el país de algunos instrumentos básicos de prevención de riesgos, diseñados para reguardar la salud y seguridad de los trabajadores⁷. Las acciones preventivas, por otro lado, se orientan a revisión y mantenimiento de maquinarias y equipos, dejando de lado acciones orientadas a la prevención del estrés, depresión o angustia, las materias referidas al acoso laboral y a fijar procedimientos para la denuncia del acoso sexual (ENCLA, 2014). La salud laboral es, en realidad, un tema conflictivo, y es evitada por las empresas y las instituciones públicas. Ni siquiera en los organismos administradores el panorama es distinto: el gasto en prevención de las mutualidades no sobrepasa el 16%, aun cuando el fundamento del modelo es ser un sistema preventivo (Miranda, 2012).

Algunos estudios apuntan que el modelo SSO se ha convertido en un negocio, que mueve millonarias sumas de dinero⁸, y ha provocado una “monetarización” de la salud en el trabajo,

⁷ Estos instrumentos son: Derecho a Saber, Reglamento Interno de Higiene y Seguridad, desde un trabajador; Reglamento Interno de Orden, Higiene y Seguridad, Comité Paritario de Higiene y Seguridad y Departamento de Prevención de Riesgos.

⁸ Figueroa y Villarubia (2011) entregan datos sobre una investigación que da cuenta que la ACHS, quien controla el 53% del mercado, ha creado una industria que en la última década le ha reportado ingresos por unos \$1.464.030 millones (alrededor de US\$ 3.101 millones), según sus balances oficiales; ha

donde las mutuales, en este tipo de contextos productivos se convierten en “agentes para la rentabilización de la salud” ya que sustituyen el riesgo de la imputación de responsabilidad por daños del empresario (Castillo & López, 2009). En la medida que la producción de daños se convierte en un activo o mercancía, entonces el objetivo se convierte en la reducción del riesgo económico derivado de los accidentes para los empresarios, y no la reducción el riesgo físico y mental para los trabajadores. Los empresarios pueden reducir al mínimo la inversión en seguridad de faenas para incrementar utilidades, mientras las mutuales no cumplen su rol fiscalizador y protector (Castillo & López, 2009). Las negligencias que permite el modelo han provocado la invisibilización de las tasas globales de siniestralidad en los trabajos, en vez de su reducción.

El sindicalismo chileno y las negociaciones colectivas, por su lado, han desplazado los temas de condiciones de salud y de organización del trabajo por ser problemas más a largo o mediano plazo. Históricamente los esfuerzos sindicales se han enfocado a conseguir aumentos salariales y bonificaciones, y la salud y la seguridad son incorporadas a las negociaciones colectivas en contadas ocasiones (Miranda, 2012). Y cuando los temas de salud están presentes, es en general en forma de incentivos monetarios o “bonos” por presentismo, baja tasa de accidentes, trabajo en faenas de riesgo, etc (Tonelli, 2013). Además de ello, la organización del trabajo en Chile posee una baja (o casi nula) incidencia de los trabajadores sobre sus condiciones de trabajo, menos aún sobre aquellas que pueden presentar un riesgo para su salud. La ENETS 2010 muestra la reducida capacidad de decisión que tienen los trabajadores respecto de asuntos como salario, horarios, horas de trabajo, vacaciones, descanso fines de semana, sala cuna, capacitaciones, indemnizaciones y condiciones de seguridad y salud, entre otras: sólo entre un 7,3% y un 14,3% de las decisiones son consultadas por los trabajadores, mientras que la injerencia de estos en las negociaciones colectivas es de un 0,6% y 3%. De acuerdo a la ENCLA 2014: “la marginación de los trabajadores de las definiciones de políticas, estrategias y decisiones en materias de prevención de riesgos, es una expresión de la concentración del poder en la empresa, del distanciamiento existente entre los niveles superiores de la organización y los trabajadores.” (p. 218).

No obstante, la participación de los trabajadores es un importante factor de protección de salud, ya que genera mayores posibilidades de acceso a información sobre factores de riesgo y

fundamentado su imperio económico a base de empresas y sociedades anónimas anexas que les entregan ganancias; y ha gastado más en publicidad e infraestructura que en atención y tratamiento de pacientes.

problemas de salud, y permite que los trabajadores se involucren en la creación de medidas preventivas y la fiscalización de las mismas, lo que se traduce en un mayor control de sus condiciones de trabajo y empleo (Menéndez, 1998). Al respecto, la ENCLA 2014 descubrió que la presencia de sindicato en la empresa propiciaría la existencia de instrumentos de prevención de riesgos.

La institucionalidad del sistema de salud y seguridad laboral ha culminado en un sistema que, a pesar de poseer alto grado de legitimidad entre la población por su funcionamiento y beneficios (Miranda, 2012), posee una serie de debilidades que contribuye a la precarización de los ambientes de trabajo y de los estados de salud de la población, en la medida que no está cumpliendo su rol protector. El paradigma de la salud laboral ha “monetarizado” la salud en el trabajo, mientras que las medidas de vigilancia y sanción han derivado en un “sistema sancionador” sobre aquellos sectores expuestos a mayores riesgos, que finalmente no logra reducir las tasas globales de siniestralidad en los trabajos (Castillo & López, 2009). Según el diagnóstico de Castillo y López (2009), los problemas de salud en el trabajo continuarán hasta que no se considere que la nueva organización del trabajo basada en procesos productivos de intensificación de los ritmos de trabajo y la peligrosidad (fatiga, estrés, ritmos, etc.) forman parte de la carga global del trabajo, y si esas condiciones no varían, las medidas de seguridad propuestas (protecciones, descansos, limitación de la jornada, etc.) sólo desplazan la problemática. En este contexto, los trabajadores más desprotegidos son a la vez los más vulnerables: las mujeres, los de menor nivel educacionales y los de menor ingreso.

II.2 Panorama de inserción laboral y de tratamiento en salud: precariedad y vulnerabilidad.

Ahora bien, es importante comprender el contexto laboral y de sistema de salud en el que se insertan los trabajadores en general en el país, y de manera específica, los trabajadores de nuestro estudio, del sector supermercadista. El funcionamiento de nuestro mercado de trabajo responde a los principios del modelo neoliberal impulsado a fines de la década de los 70 en dictadura, que significó la desregulación de los mercados, liberalización del comercio exterior, reducción del Estado y la flexibilización radical de las relaciones de trabajo (Soto, 2009). Las reformas más radicales consistieron en privatizaciones sanitarias, en educación y en trabajo, que instauraron un “marco de vulnerabilidad” para la población (Arteaga & Pérez, 2011). De hecho, el país es uno

de los pioneros del mundo en poner en marcha los procesos de flexibilización laboral a través de modificaciones en las normativas de trabajo, como El Plan Laboral de 1979 (López, 2008).

El panorama de la estructura ocupacional chilena está marcado por los fenómenos crecientes de la precariedad laboral y la vulnerabilidad (Henriquez & Uribe-Echavarría, 2003). Datos de la Fundación Sol (2015) concluyen que sólo un 41,7% de los ocupados y un 55,9% de los asalariados tiene un empleo que se puede considerar protegido, es decir, que posee contrato escrito e indefinido, liquidaciones de sueldo y cotizaciones para pensión, salud y seguro de desempleo, lo que quiere decir que casi la mitad de la población trabajadora chilena se encuentra en situación de desprotección. Pero también que el trabajo registrado como asalariado no está asegurando las mejores condiciones en cuanto a protección y estabilidad de ingresos.

Por ejemplo, en las últimas décadas se ha observado una disminución en los salarios, y un aumento en la desigualdad de la distribución del ingreso: el 70% de la población gana menos de \$426 mil líquidos (Fundación Sol, 2015), siendo las mujeres las más afectadas, ya que el 45,7% de las trabajadoras del país recibe menos de \$344 mil en remuneración bruta (ENCLA, 2011). Y, en la medida que disminuyen los sueldos, aumenta el nivel de endeudamiento de la población. Según los datos de Encuesta Financiera del Banco Central de Chile 2014, el 73 % de los hogares chilenos tiene una deuda, y el 45% de las familias más vulnerables se endeuda para cubrir sus necesidades básicas (Fundación Sol, 2015). De hecho, los bajos salarios y el nivel de endeudamientos son los dos aspectos que los trabajadores consideran que afectan más su calidad de vida (ENETS, 2010).

Estos mayores niveles de precariedad tienen una relación directa con los peores estados de salud y calidad de vida de la población chilena, según demuestra la encuesta ENETS 2010 mediante asociaciones estadísticas. En ella se concluye que, en los trabajadores más expuestos a condiciones de trabajo desfavorables, como altos niveles de riesgo, debilidad contractual, mayor flexibilidad, jornadas extensas etc., aumentan considerablemente la posibilidad de sufrir enfermedades relacionadas con el trabajo (MINSAL, 2011). La precariedad laboral está más presente en segmentos de trabajadores más desfavorecidos como son las mujeres, trabajadores con menor nivel educacional y en ocupaciones de menor estatus, pero también está presente en profesionales y los técnicos profesionales, empleados de oficina, trabajadores de servicio y vendedores de comercio, siendo un fenómeno transversal a la estructura ocupacional (ENETS, 2010). A esto se agrega que los trabajadores perciben sus espacios de trabajo como fuentes de

tensión, y la mayoría desearía cambiarse de empleo debido a las malas condiciones de trabajo. Lo anterior concluye en que un 40% de los trabajadores posee una percepción negativa sobre su estado de salud, lo que quiere decir que la dimensión subjetiva del bienestar es la que se ve afectada a partir de las condiciones objetivas que la determinan (ENETS, 2010).

El sistema de salud común también ha sufrido una serie de transformaciones que han aumentado las desigualdades en salud, hecho significativo considerando que el 59,8% de los trabajadores con casos de salud laboral se atiende en el sistema de salud común (ENETS 2010), cómo se revisó en el capítulo anterior. El sistema de salud y protección social en Chile es un Sistema mixto de financiamiento en el que participan entidades del sector público y privado, que comenzó a implementarse en los 80 como parte de reformas a los servicios públicos y la economía, marcadas por la privatización de los servicios. Actualmente, Chile tiene un promedio de 3,5% de gasto público en salud, mientras el promedio de los países de la OCDE es del 8% (CEPAL, 2011). Esto provoca un déficit de gasto en salud que es cubierto por los hogares llamado “gasto de bolsillo” que alcanza el 36,9%. Para Urriola (2011) este gasto es muy alto, considerando que la OMS estima como valores máximos “aceptables” valores en torno al 20%. De otro lado, el sistema funciona de acuerdo a cuotas de peligrosidad según usuario: mujeres, ancianos y personas probables de adquirir alguna enfermedad tienen que pagar más para su protección.

A raíz de lo anterior, se observan inequidades en la administración de la asistencia sanitaria y protección social, habiendo una relación directa entre desigualdad de ingresos y distintos problemas sociales y de salud en la población (Urriola, 2006; 2011)⁹, lo que incrementa la vulnerabilidad de las familias, acercándolas más fácilmente a la línea de la pobreza (CEPAL, 2011). El 44,2% de los beneficiarios de las ISAPRE pertenecen al quintil más rico, mientras que quienes se ubican en los quintiles más bajos, son beneficiarios en su gran mayoría de FONASA, generando dos tipos de sistemas de salud diferenciados (CEPAL, 2011). Los impactos de la precarización laboral sobre la seguridad social son inmediatos y aquellos que quedan excluidos del sistema de salud y protección social son los mismos que se encuentran ante condiciones de trabajo de mayor precariedad (Urriola, 2006). En este contexto, los trabajadores de menos

⁹ Es interesante mencionar el negocio y mercantilización en el que ha derivado el sistema privado de salud. Sólo en el 2014 las utilidades de las ISAPRES alcanzaron los 52 mil millones de pesos, aumentando un poco más del doble de sus utilidades para el año 2013, siendo de las más cuantiosas de la década (Fundación Sol, 2014).

recursos son los que se sienten impedidos de acceder a los servicios y programas de prevención de salud (Betancourt, 1999).

Así, también la posibilidad de tener buena salud está desigualmente distribuida en la población chilena, según la edad, sexo y el nivel socioeconómico. Un ejemplo interesante es que la población mayor de 55 años del grupo ABC1 valora mejor su condición de salud que los jóvenes entre 18 y 34 años de los grupos C3, D y E (PNUD, 2012). Es decir, el nivel socioeconómico es un predictor aún más fuerte que la edad al determinar los estados de la salud de la población y su percepción. Al mismo tiempo, la autopercepción de buen estado de salud de los hombres es superior a la de las mujeres (Urriola, 2011).

La salud no sólo es importante para poder trabajar y desenvolverse, sino que según el informe PNUD 2012, la salud y el nivel de ingreso son los dos aspectos más determinantes en el bienestar subjetivo de la población chilena, que entiende la cobertura de estas necesidades como piso mínimo para el desarrollo de otras capacidades y proyectos. La percepción de buena salud es indicador directo de confianza de los sujetos en el futuro, y un buen estado de salud se asocia a estados positivos y de bienestar, emociones y afectos como la alegría, motivación y optimismo. Por el contrario, aquellos que evalúan negativamente su estado de salud declaran sentirse tristes, enojados, y preocupados con mayor frecuencia (PNUD, 2012).

II.3 El sector supermercados, entre procesos de modernización y precarización del empleo

Ahora bien, esta investigación se limitará al sector *retail*, específicamente a los trabajadores de supermercados. El supermercado, como parte del *retail* y sector Comercio, posee altos niveles de modernización en términos de empleo, adoptando variadas estrategias de flexibilización, reducción de los salarios y aumento de las jornadas laborales, posicionándose como sector clave en relación a los procesos de precarización y transformaciones del mundo laboral, lo que configura nuevas patologías. Como se revisó en los capítulos anteriores, es uno de los sectores donde más ha crecido la tasa de accidentabilidad y enfermedades profesionales en los últimos años, con cifras similares a sectores tradicionalmente más riesgosos como Transporte, Minería, Industria y Agricultura (ENCLA, 2014). En él, abundan enfermedades de tipo musculoesqueléticas y mental, que tienen menor reconocimiento por el sistema mutual, poseyendo indicios de desprotección en temas de salud (ver Capítulo II.1.2).

II.3.1 El sector *retail*: breve caracterización

El término *retail* se puede traducir como “ventas al detalle” y hace referencia al comercio minorista como los “retailers” considerando dentro de esta categoría a todas aquellas acciones de venta de bienes y/o servicios, directamente a los consumidores, para su uso personal no lucrativo (Roberts, 2004). En otras palabras, una tienda de *retailing* es un negocio que comercializa productos o servicios al por menor a consumidores, a través de una cadena que une a proveedores con consumidores, incluyendo en ella a los diversos canales intermediarios entre ambos.

Es uno de los sectores más dinámicos de la economía chilena, experimentando profundos procesos de modernización y reestructuración en las últimas décadas. Actualmente aporta aproximadamente el 20% del PIB del país y en el año 2012 participó del 24,6% de las ventas totales de todos los sectores. Además, es la mayor fuente de trabajo en la actualidad, empleando casi a un cuarto de la fuerza laboral y, para el año 2012, el 53,9% de esa fuerza laboral se encontraba en las grandes empresas y casi un 20% en la mediana (Arellano & Carrasco, 2014). Es más, ha sido la industria del *retail* la que ha provocado profundos cambios en la economía, en el trabajo, y sobre todo en la vida cotidiana de segmentos cada vez más amplios de la población chilena. Parte considerable de la sensación de modernidad, nuevas aspiraciones y nuevos modos de socializar de los chilenos provienen de la nueva cultura de vida que ha posibilitado la expansión del *retail* (Vergara, 2012).

En estricto rigor, la industria del *retail* está compuesta tanto por los grandes y modernos grupos empresariales del comercio minorista, como por almacenes y quioscos, grandes multitiendas e hipermercados (Kremerman & Durán, 2008). Pero, de manera específica, por *retail* se hace referencia justamente al estrato de mayor productividad del sector, el de los grandes y modernizados grupos económicos que a través de sus redes de empresas se han constituido en los actores principales y en los grandes empleadores del sector. Estos grupos “administran simultáneamente diversas empresas e incluso distintos canales de negocio de venta masiva dentro del rubro —cadenas de supermercados, tiendas por departamento, tiendas para el mejoramiento del hogar y locales especializados (e.j., farmacias, materiales de construcción)— y en torno al rubro inicial y principal de venta de bienes y productos, han ido articulando otros nichos de negocio y rentabilidad: *retail* financiero, negocio inmobiliario, agencias de viaje, desarrollo de

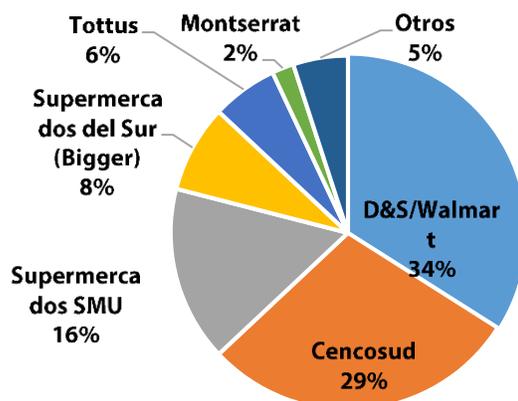
marcas propias, entre otros” (Stecher, 2012, p. 12). El sector *retail* cubre un gran abanico de necesidades de las personas, tales como la alimentación, vestuario y calzado, equipamiento para el hogar (artículos electrónicos, electrodomésticos, menaje, ferretería, jardinería), remedios y artículos de cuidado personal e incluso accesorios básicos para automóviles (Kremerman & Durán, 2008b). Dentro estos subsectores, los que poseen mayor dinamismo son los supermercados y las llamadas tiendas por departamento o grandes tiendas. Actualmente, se reconocen 5 grandes actores en el negocio del retail: Cencosud, D&S Walmart, Falabella, Ripley y La Polar (Piña, 2011).

II.3.2 Sector supermercados: breve caracterización

Este estudio se realizó específicamente en el subsector de supermercados. Un supermercado es un establecimiento que dispone de tres o más cajas registradoras, cuya característica principal es la venta al menudeo con varias líneas de productos de consumo, preferentemente las líneas de productos como alimentos, bebidas y tabaco, a través de un sistema de autoservicio (Kremerman & Durán, 2007). En general la industria se clasifica en dos tipos de establecimientos: a) supermercados: corresponden a establecimientos, que tienen dimensiones físicas, medido en metros cuadrados de espacio de ventas que fluctúan entre los 500 y 4.000 metros cuadrados; y b) hipermercados: corresponden a establecimientos más espaciosos, con dimensiones físicas que en ocasiones superan los 10.000 metros cuadrados (Kremerman & Durán, 2007). Los supermercados tienen un total de 1.425 establecimientos en el país, que en su conjunto corresponden a más de \$40 mil millones en ventas anuales (INE, 2015). Existen alrededor de 50 cadenas de supermercados a nivel nacional, siendo las más características: Jumbo, Santa Isabel, Lider-Walmart, Unimarc, Monteserrat y Ekono.

Dentro de los últimos años el sector supermercado ha vivido un proceso de concentración importante con operaciones de gran tamaño, tales como D&S/Walmart (el año 2009 el *retail* más grande del mundo adquiere el 74,61% de la propiedad de D&S), Cencosud y SMU (grupo Saieh-Rendic) y en segundo orden los Supermercados del Sur (Bigger), Tottus y Monteserrat (Piña, 2011). En conjunto las tres principales cadenas obtienen el 79% de las ventas totales (Gráfico N° 7)

GRÁFICO N°7. PORCENTAJE DE VENTAS PRINCIPALES SUPERMERCADOS. AÑO 2011



Fuente: Piña 2011

Cencosud y D&S Walmart concentran por sí solos el 63% de las ventas. Para el año 2007 Cencosud aportaba con el 25% de los empleos directos, mientras que D&S con 33%, reuniendo ambos al menos el 58% del mercado laboral en *retail* (Kremerman & Durán, 2007). Cencosud es la empresa con mayores ventas en Latinoamérica, mientras que D&S se sitúa en la novena posición (Piña, 2011). Este estudio se centrará en estas dos cadenas de supermercados, por constituir la mayor fuente de empleo del sector y el mayor porcentaje de ventas.

Cencosud (Centros Comerciales Sudamericanos) es uno de los más importantes *retailers* a nivel sudamericano y a nivel nacional. El control y propiedad de la compañía es de Horst Paulmann K. Durante los últimos años, Cencosud ha realizado una oleada de adquisiciones aumentando notablemente su participación en los supermercados e ingresando al negocio de las tiendas por departamento y financiero. Cencosud es un *retail* integrado, posee negocios de supermercados, mejoramiento del hogar, tienda por departamento, centros comerciales y servicios financieros. En el negocio de los supermercados, "Jumbo" es el formato tipo hipermercado, a la fecha posee 27 locales los que presentan un tamaño promedio de 8.250 m². Santa Isabel es el formato de supermercado tradicional, posee 124 salas y cuentan con un tamaño promedio de 1.500 m² cada local (Piña 2011).

Distribución y Servicios S.A (D&S), por su lado, es el holding de empresas que opera los supermercados LIDER. Perteneciente a la familia Ibáñez, en enero de 2009 Wal- Mart tomó el control de la Compañía. D&S/Walmart es una empresa cuyo negocio principal es la distribución de alimentos. "Hiper Lider" es el concepto de hipermercado que posee 62 locales a lo largo del país. Las salas de ventas de este formato tienen en promedio 7.000 metros cuadrados (Piña 2011).

II.3.3 Trabajadores y trabajadoras del sector supermercado

El sector supermercados comparte las mismas características que el *retail* en general, en cuanto a tipos de trabajadores y modos de gestión de la organización del trabajo y recursos humanos. Al observar los datos de la CASEN 2015¹⁰, notamos que el sector *retail* (comercio minorista) contiene al 14.4% del total de los trabajadores asalariados del sector privado¹¹ en el país, y el 91.6% del total de asalariados de la rama de Comercio mayorista y minorista. El sector supermercados, de manera específica, con una cantidad de 160.827 trabajadores, contiene a un 23% de la fuerza laboral asalariada del sector *retail* (cálculos a partir de Tabla N°2).

TABLA N°2. N° DE ASALARIADOS SECTOR PRIVADO POR SECTOR Y SEXO. AÑO 2015.

Sector*	Hombres	Mujeres	Total
Asalariados Sector Privado	2.966.866	1.813.996	4.780.862
Comercio Mayorista y Minorista	356.579	383.121	739.700
Retail	314.622	363.458	678.080
Supermercado	66.960	93.867	160.827

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2015

Nota: Información calculada para asalariados sector privado.

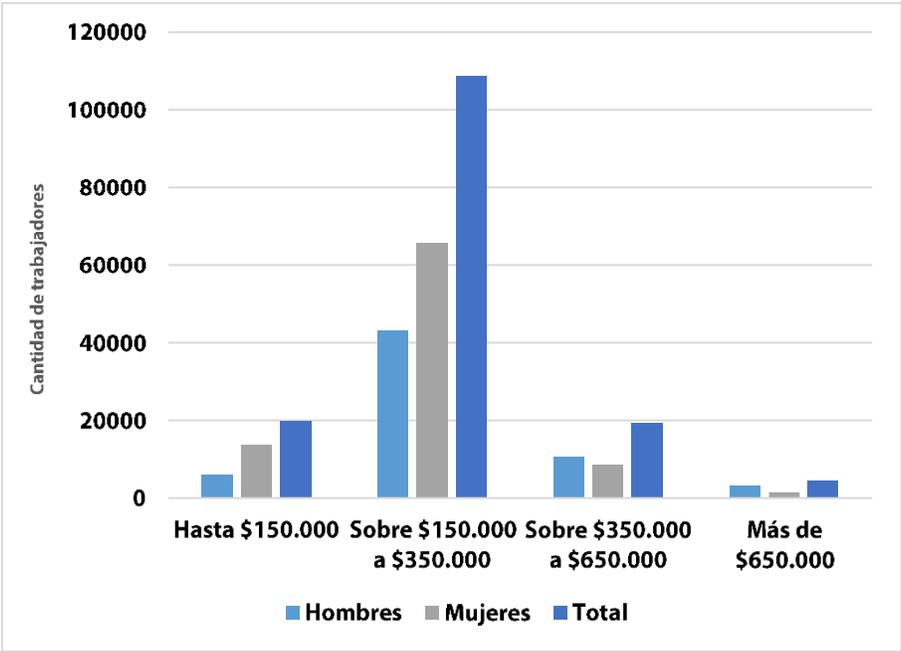
El sector supermercados se constituye como área significativamente feminizada, dado que el 58.3% de sus trabajadores son mujeres (poco menos de dos tercios de su fuerza laboral). A pesar de que es un sector feminizado, las mujeres se concentran en el cargo de ventas, y no en cargos profesionales y/o ejecutivos (Stecher, Godoy & Toro, 2010). Se caracteriza por emplear un perfil

¹⁰ En el Anexo se encuentra el detalle de la sintaxis hecha en la base de datos CASEN 2015.

¹¹ De esta forma, se excluye a la gran cantidad de trabajadores por cuenta propia y trabajadores de pequeñas empresas del comercio.

de trabajadores jóvenes, sin experiencia laboral previa, con bajos niveles educativos, y pertenecientes a sectores urbanos populares (Stecher, 2012). Efectivamente, el 52% de los trabajadores tiene entre 20 y 34 años y el 70.4% posee un nivel educacional alcanzado hasta educación secundaria (CASEN, 2015). Sus sueldos, por otro lado, son bajos: el 84% de los empleados tiene un salario de hasta \$350.000, siendo aproximadamente un 30% menor en mujeres que en hombres (CASEN, 2015) (ver Gráfico N°8).

GRÁFICO N° 8. DISTRIBUCIÓN DE SUELDOS EN SECTOR SUPERMERCADO. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2015

II.3.3.1 Trabajo en supermercado: convivencia de estrategias de flexibilización y rigidez

El *retail* se posiciona como uno de los sectores emblemáticos en cuanto a la adopción de procesos de flexibilización laboral e individualización, tanto a nivel de gestión del empleo como de la organización y relaciones laborales (Calderón, 2008; Lira, 2005). Según Stecher, et al. (2010) es un sector privilegiado para conocer cómo estas transformaciones impactan en las condiciones y experiencias de los trabajadores del sector servicios. Lo que caracteriza al tipo de trabajo de

supermercado es que, junto con la adopción del modelo posfordista de innovaciones flexibles, conviven principios de racionalización del trabajo taylorista-fordista (Stecher, et al., 2010).

En los supermercados existe una fuerte estandarización y protocolización del proceso de trabajo en torno a tareas sencillas de ejecución, una organización jerárquica y piramidal en la sala de ventas, la continua presencia de mecanismos de vigilancia, un control directo sobre la fuerza laboral, y procesos y ritmos de trabajo que implican altos grados de desgaste físico y mental del trabajador (Stecher, 2012). Estos elementos conviven con el uso de estrategias de flexibilidad, que buscan distribuir la fuerza de trabajo de un modo que se ajuste a las demandas de los clientes y las necesidades inmediatas de la producción, sean externas (contratos a plazo fijo, temporales, eventuales, externalizaciones mediante subcontratación y/o suministro de personal- textual) como internas, especialmente en la jornada de trabajo (contrato part-time, jornada laboral escalonada, horarios nocturnos y de fin de semana) y en los sistemas remuneracionales. El sector Comercio posee tendencias a la disminución de los sueldos, a la vez que aumenta su componente flexible, en concordancia con los movimientos a nivel nacional¹² (ENCLA, 2011). El 52% de las empresas del Comercio paga bonos, incentivos u premios por aumento de producción y/o productividad, siendo un 53.4% de ellos por aumento a la producción individual (ENCLA 2011), lógica que ha favorecido la competencia y el antagonismo entre compañeros de trabajo (Díaz, et al., 2005). En cuanto a la flexibilidad externa, el 33% de las empresas del Comercio subcontrata, haciéndolo en su actividad principal, situación que no difiere de lo que ocurre en otros sectores de la economía chilena (ENCLA, 2011).

Comercio está entre las ramas con jornadas laborales más extensas (ENETS, 2010). El 24.1% de los trabajadores posee una jornada parcial o prolongada, siendo el 15.1% de ellas mujeres. En supermercados, a pesar que las 45 horas semanales serían la jornada más común, hay un significativo 12.4% que hace más de 45 horas semanales (CASSEN, 2015). Por otro lado, a pesar de que más del 80% de los contratos son indefinidos, casi el 50% de ellos no tiene una antigüedad mayor a 3 años, lo que habla de una gran rotación laboral (ENCLA, 2014). La rotación de trabajadores depende de la temporada, pero se observa una tendencia al aumento de las jornadas parciales por sobre las completas. Esto aumenta la flexibilidad interna y la precariedad del sector.

¹² En el país, el 54% de las empresas utiliza estrategias de flexibilidad de la fuerza de trabajo en época de crisis, y el 80% utiliza formas de flexibilidad organizacional externa, externalizando tareas fundamentales de servicio y producción (Ramos, 2014).

Estas características serían parte de las transformaciones a nivel nacional, donde son comunes jornadas flexibles sin control horario, jornadas interrumpidas con pausas de varias horas para colación, jornadas rotativas de días de trabajo y de descanso y jornadas reducidas de fines de semana, entre otras (Díaz, et al., 2005). Chile encabezó por años el país de la OCDE donde más se trabajaba, más de la mitad de los trabajadores trabaja más de 8 horas al día, y el 88% declara que el trabajo es el aspecto de su vida que le demanda más tiempo y energía (PNUD, 2009).

Estas prácticas implantan la irregularidad e imprevisibilidad de los tiempos y contratos, instaurando la incertidumbre, a la vez que generan una sensación de aislamiento e incomunicación con sus próximos, ya que reducen la calidad de vida social y familiar. En este tipo de empleos, el tiempo de disponibilidad que se exige del trabajador no se compara al tiempo libre que obtiene en términos de calidad del descanso, organización de las tareas domésticas y opciones de ocio, de modo que no hay una recuperación adecuada al desgaste producido (Echeverría & Jeria, 2005; Vogel, 2004). Con ello, se provocan diversos desgastes físicos y psíquicos, de hecho, se ha comprobado la asociación de estas prácticas con problemas cardiovasculares o gastrointestinales como trastornos digestivos, trastornos del sueño y enfermedades cardíacas (Pina & Navarro, 2014; Vogel, 2014).

II.3.3.2 Gestión en recursos humanos: colonización de las subjetividades

Otro aspecto distintivo del modelo de gestión laboral en supermercados son las exigencias de una labor afectiva, comunicativa e interactiva, consecuencia de la inclusión de la subjetividad en el proceso productivo propia de los modelos de gestión de recursos humanos del *new management*, y también del sector servicios (De la Garza, 2011; Antunes, 2005)¹³. La forma más evidente es lo que Hoschschild (2003) ha denominado *trabajo emocional (emotional labor)*, el que tiene lugar cuando el rol laboral incluye entre sus prescripciones competencias emocionales que el individuo debe inducir, suprimir y gestionar según sus capacidades (Soares, 2011). El cliente, en tanto nueva figura “jefe” en la sociedad de consumo es el que establece la regla o la obligación de mantenerse siempre amable y disponible a las demandas, quejas o reclamaciones, volviéndose el objetivo de este tipo de gestión (De La Garza, 2011).

¹³ En los modelos fordistas y tayloristas, los trabajadores poseían un vínculo con la empresa donde el trabajo se definía como acción meramente instrumental que no demandaba un compromiso integral subjetivo (o implicación) con la actividad. De esta forma, el trabajador ingresaba al proceso de trabajo desde una cierta exterioridad, lo prioritario era “hacer” y no “creer” (Landa & Marengo, 2011).

Dentro de estas estrategias, se encuentra el despliegue de discursos normativos e ideológicos “orientados a lograr, a través de charlas, revistas corporativas, rituales al inicio de la jornada, capacitaciones e incentivos, que los trabajadores se identifiquen con la empresa, sus valores y el ideal de trabajador flexible, emprendedor, orientado al servicio y fuertemente comprometido con el cliente” (Stecher, 2012, p. 13). Las empresas supermercadistas, siguiendo el modelo de empresa moderna, utilizan la apelación a valores morales y empresariales— como la autogestión, autonomía, polivalencia, creatividad y liderazgo— para exigir (y crear) una cierta personalidad en sus empleados, asociada a una actitud positiva, carácter emprendedor e independiente, capacidad de aceptación de riesgos, y fácil adaptación y disposición a trabajar en equipo, cualidades que son requeridas como verdaderas fuerzas productivas (Gálvez, et al., 2009; Périlleux, 2008). Uno de los discursos apelativos más fuertes es el de “jefe de uno mismo” o “autogestión personal” donde se exige a los trabajadores administrar su trabajo (y su vida) a través de una “actitud emprendedora” (Périlleux, 2008; Wittke, 2005). También utilizan la implicación subjetiva a un *nosotros*, una idea de familia¹⁴, que los hace sentir partícipes, pero que al mismo tiempo internaliza las formas de control y traspasa la responsabilidad de los resultados productivos a los empleados. Estas “estrategias de interiorización” buscan más bien fidelizar a los trabajadores a los objetivos productivos de la empresa (Landa & Marengo, 2011) mediante la “colonización” de sus subjetividades, como bien indica Calderón (2008).

Este tipo de trabajo, tal como concluyen los estudios de Gálvez, et al. (2009) y Stecher (2010: 2012) culminan en espacios de trabajos con baja calidad de empleo y fragilización de las relaciones de sociabilidad, aumentado el malestar en los empleados, entre quienes abundan los síndromes de agotamiento físico y/o psíquico. De otro lado, estas transformaciones se traducen directamente en fuertes ahorros para las empresas y disminución neta de los ingresos personales de quienes se desempeñaban en el *retail*, reduciendo paulatinamente los salarios y beneficios de los trabajadores, incidiendo en sus condiciones de vida.

II.3.3.3 Salud laboral en supermercados: riesgos, desprotección y falta de cobertura.

Dadas estas condiciones de trabajo descritas, quienes laboran en supermercado están expuestos a una serie de riesgos y exigencias que culminan en accidentes y enfermedades profesionales, entre las que predominan las lesiones músculo-esqueléticas y variados síndromes de estrés, desgaste físico y emocional (Viviani, 2012). Comercio ocupa el cuarto lugar en cuanto a peligros

¹⁴ De La Garza menciona “la gran familia Walmart” (2011).

por exposición de riesgos, antecedido por Agricultura, Industria y Construcción, y el segundo lugar a nivel nacional de accidentabilidad, conformándose como sector que posee altos índices de accidentes y enfermedades de trabajo (SUSESO, 2015). Al mismo tiempo, se encuentra entre los sectores con menor reconocimiento de siniestros laborales, lo que significa mayor desprotección en salud laboral.

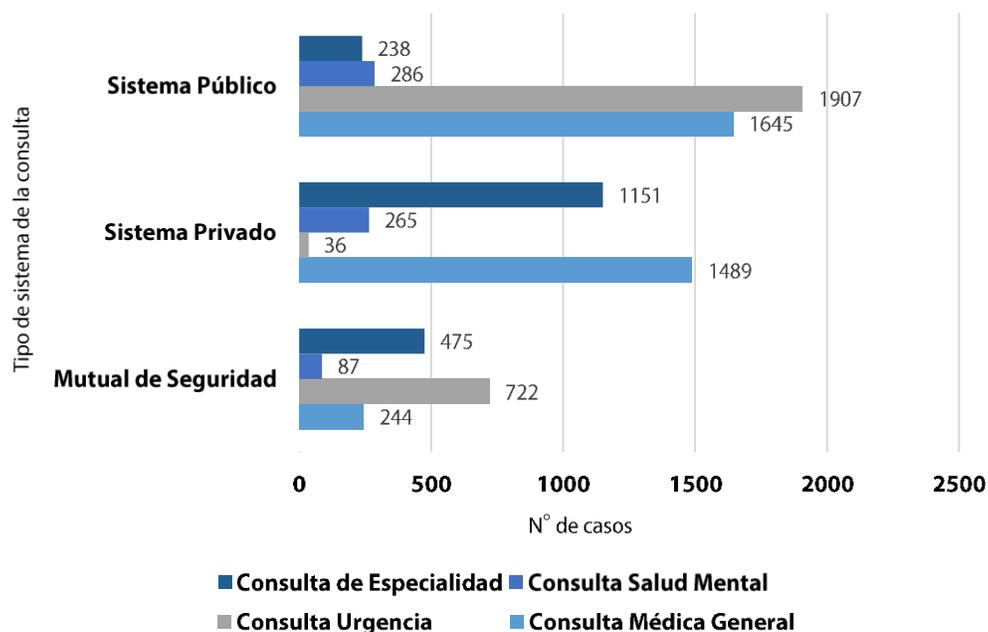
La protección en seguridad social del sector es alta, más del 90% está afiliado al sistema previsional, y el 80.4% de los trabajadores de supermercado está afiliado a FONASA (63.5% en grupos B y C) y sólo un 7% está afiliado a ISAPRE. No obstante, posee serias falencias en cuanto a la cobertura del Seguro de accidentes y enfermedades profesionales.

Según datos de la CASEN 2015, en el sector supermercados (asalariados sector privado) ha habido 6.331 enfermedades provocadas por el trabajo y 1.148 accidentes laborales¹⁵, siendo la prevalencia mayor en mujeres¹⁶. El 92,8% dice haber tenido asistencia médica por su problema de salud, pero a pesar de ser problemas de origen laboral, esta asistencia fue entregada por el sistema común de salud, con las implicaciones económicas que ello implica. El Gráfico N°9 muestra que la gran mayoría de los casos de accidentes y enfermedades laborales en el sector ha sido tratado en el sistema público y/o privado de salud.

¹⁵ Cifras correspondientes a un tiempo de 3 meses anterior al mes de la encuesta.

¹⁶ Para mayor detalles ir a Anexo 1.

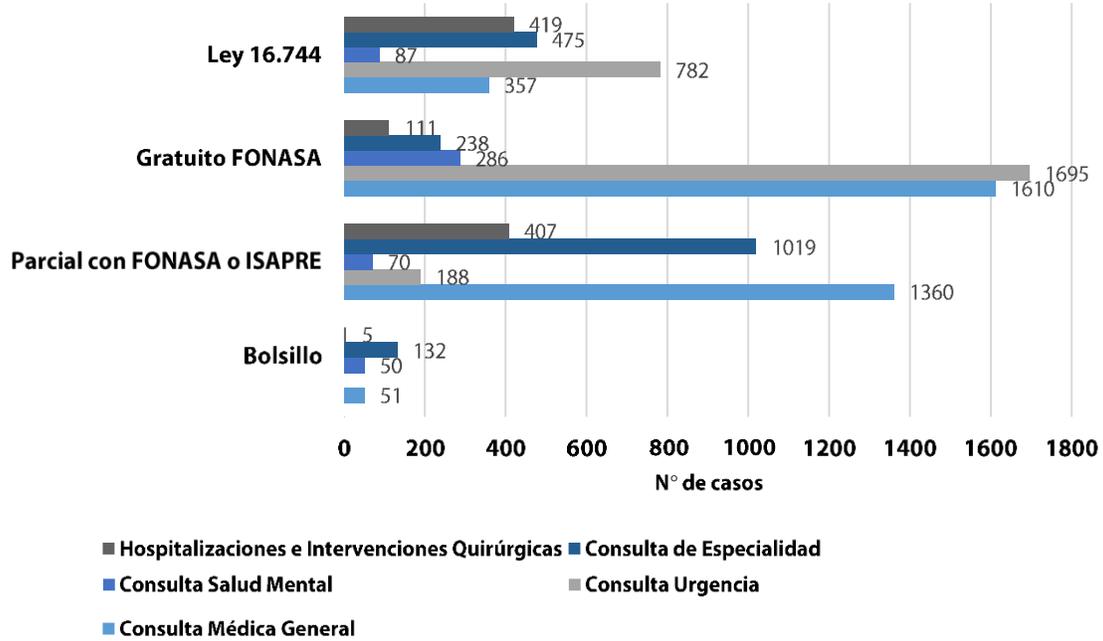
GRÁFICO N°9. DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN TIPO DE CONSULTA POR ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2015

De la misma forma, el Gráfico N°10 muestra que sólo una minoría de los casos de accidentes y/o enfermedades de origen laboral ha sido cubierto por el Seguro a través de la Ley 16.744. El sistema de pago más común es el financiamiento (en parte o totalmente) por el sistema FONASA, y luego ISAPRE.

GRÁFICO N°10. DISTRIBUCIÓN DE FORMAS DE PAGO DE ACCIDENTES Y/O ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL POR TIPO DE CONSULTA. AÑO 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2015

Nota: La opción “Parcial con FONASA o ISAPRE” agrupa las opciones: copago FONASA grupo C y D, parcial con bonos FONASA, y con bonos, reembolso o pago de deducible de ISAPRE.

Estos datos dan cuenta de una alta desprotección en el sector, donde los trabajadores están tratando sus problemas de salud en el sistema de salud común, que está financiando sus accidentes y enfermedades. Lo anterior significa un gasto de bolsillo en los trabajadores para costear sus problemas de salud laborales, aparte de los problemas que puede implicar el tomar licencias, permisos para ir al doctor, dinero para el transporte, y una serie de otras dificultades que se presentan.

CAPÍTULO III: LINEAMIENTOS TEÓRICOS

Este capítulo presenta los lineamientos teóricos a través de los que se (re)construyó la relación entre trabajo y salud, para así comprender las significaciones y prácticas que construyen sobre la misma los trabajadores entrevistados en este estudio. Comienza exponiendo el enfoque que se utilizará para tratar la relación entre trabajo-salud, el que considera el funcionamiento del modelo SSO, las condiciones de empleo y de trabajo, el contexto de paradigma socioeconómico y cultural de inserción de los sujetos, así como también sus características personales. Luego, profundiza en cada uno de estos aspectos, acercándose a la relación entre trabajo y salud vista desde las subjetividades, para comprender— acorde al objetivo de la presente investigación— los importantes vínculos que existen entre el trabajo, la salud y la conformación de subjetividades e identidades en los sujetos.

III.1 Enfoque para el estudio de la compleja relación entre trabajo y salud

El estudio de la relación entre trabajo y salud tiene una larga historia. Ya en 1700 el doctor Ramazzini, reconocido como padre de la medicina del trabajo, en su libro *“Morbis Artificum”*, describe al tipo y condiciones de trabajo como causa de las enfermedades que padecían los obreros¹⁷. Estas aproximaciones volvieron a tomar fuerza en los siglos XIX y XX, cuando Marx y Engels refieren a cómo las condiciones laborales paupérrimas de los trabajadores provocaban daños irreversibles en su salud y esperanza de vida (Ansoleaga, 2013).

Históricamente, los enfoques clásicos de salud laboral han centrado sus esfuerzos en identificar asociaciones entre riesgos químicos, biológicos y/o físicos, y accidentes o enfermedades laborales. Estos estudios han sido un gran aporte en la erradicación o disminución de afecciones

¹⁷El prefacio de su libro sigue siendo de actualidad: “Son muchas las cosas que el médico, al atender a un enfermo, debe tratar de averiguar, bien sea a través del mismo paciente, bien a través de los que le atienden, siguiendo las normas del Divino Preceptor: *“Cuando estés ante un enfermo, conviene que le preguntes qué le duele, cuál es el motivo, desde hace cuántos días, si hace de vientre y qué alimentos toma”*. Palabras son éstas de Hipócrates en su libro *De las afecciones*; permítaseme añadir también esta pregunta: “y qué oficio desempeña”. Aunque esta pregunta pueda referirse a las causas ocasionales de la enfermedad, considero muy oportuno — es más, necesario — no dejarla en olvido, especialmente cuando se trate a una persona de condición humilde; y esto comprueba que, en la práctica, se observa en muy contadas ocasiones o que es tenido muy poco en cuenta en caso de que así le conste al médico, por otra parte, a la hora de aplicar la curación, cuando su cumplimiento es de vital importancia si se quiere conseguir un éxito mayor en la curación” (Ramazzini, 2012, p. 13; en Vogel, 2014, p. 13).

mortales como la silicosis o la neumoconiosis. Pero, a pesar de su gran importancia, diversos autores consideran que reducen la realidad trabajo-salud a una serie de factores de riesgos específicos para ambientes laborales específicos, desconsiderado los modelos de organización del trabajo, el conjunto de la vida del trabajador y la complejidad misma de la actividad laboral (Bermann, 1993; Laurell & Marquez, 1983; Vogel, 2012). En las últimas décadas, ante el surgimiento de los llamados “riesgos psicosociales”, producto de las transformaciones del mundo laboral, referidas a innovaciones tecnológicas e instauración del paradigma flexible, se ha retomado el debate sobre la importancia de la organización del trabajo en los estados de salud de las poblaciones.

Los planteamientos críticos de la epidemiología social y la investigación multidisciplinar en salud laboral han incorporado el reconocimiento del carácter social del trabajo (Ansoleaga, 2013), en aspectos olvidados como las condiciones empleo y trabajo y las características personales de los trabajadores (Duhart & Echeverría, 1988). A partir de los años 60 existen evidencias científicas de estudios epidemiológicos que demuestran que las condiciones y organización del trabajo están en el origen de distintas enfermedades y trastornos de salud (Lloren et al, 2007). En la línea de estas últimas corrientes, el presente estudio parte de un modelo conceptual que asume que los estados de salud de las poblaciones se relacionan de una manera causal con las condiciones en que las personas realizan su actividad laboral, en las que no intervienen únicamente mecanismos fisiológicos, sino también emocionales, cognitivos y conductuales (Vogel, 2004). La organización del trabajo es, en términos simples el cómo se trabaja, y desempeña un papel muy importante en la determinación de las características de la actividad física y mental del trabajador. Por ejemplo, una actividad que deba repetirse cientos de veces durante el día a una elevada velocidad, que requiera estar sentado 8 o 9 horas sin voltear la vista e incomunicado, demanda un esfuerzo diferente que a un trabajador agrícola que está expuesto al sol o a un obrero que opera una grúa (Noriega, 1993, p. 170).

Es posible identificar dos niveles inmediatos en que el trabajo afecta los estados de salud. En primer lugar, el trabajo está en el origen de la contaminación del medioambiente en los denominados “riesgos medioambientales”, tan ampliamente documentados y cuyas enfermedades pertenecen a las listas oficiales ocupacionales. En segundo lugar, se encuentran los “elementos intangibles” referidos a la organización del trabajo (Vogel, 2014), o los ahora

llamados “factores psicosociales”¹⁸, que aluden a un espectro de variables que no son químicas, físicas o biológicas, pero tienen efectos considerables sobre la salud (Miranda, 2012). El WHO 2007 y el Harvard Center for Population and Development Studies 2001 (OIT, 2010) identifican como algunos de ellos la exigencia mental elevada, el ritmo del trabajo, la falta de control sobre la planificación del propio trabajo, el trabajo monótono y repetitivo, la falta de apoyo social de los superiores y colegas y el acoso sexual, entre otros. La evidencia epidemiológica ha demostrado fuertes asociaciones entre la exposición a estos riesgos psicosociales y trastornos cardiovasculares, osteomusculares y de salud mental (Ansoleaga, 2013).

Considerando los riesgos “tangibles e intangibles”, Van De Weerd, Francois y Langevin (2003: CEM, 2008) proponen cinco grupos de factores que afectan la salud de los trabajadores: a) factores relacionados con la naturaleza misma de la tarea o sus características: trabajo monótono o repetitivo, tener que reaccionar a urgencias, manejar mucha información, sobre carga o poca carga de tarea, uso intensivo de nuevas tecnologías, etc.; b) factores relacionados con la organización del trabajo: deficiente distribución y planificación de tareas, imprecisión de las misiones, exigencias contradictorias, mala comunicación, incompatibilidad de horarios de trabajo con la vida social y familiar, ausencia de definición de los objetivos generales de la organización, etc.; c) factores relacionados con la calidad de las relaciones de trabajo: soporte de los colegas, de los superiores jerárquicos, participación en la gestión, nivel de reconocimiento en el trabajo, aislamiento social o psíquico, etc. d) factores relacionados con el medio ambiente físico: temperatura, humedad, ruido etc.; y e) factores relacionados con el medio socioeconómico de la empresa: su importancia en el mercado nacional e internacional, su salud económica, competitividad, etc.

La organización del trabajo depende a su vez de un contexto socioeconómico y político-cultural más amplio, producto de una estructura productiva en la que se insertan las empresas e instituciones que conforma el mercado laboral y las relaciones de trabajo. Uno de los mayores aportes en esta línea ha sido la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el año 2005, a la que se acoge la Employment Conditions Network (EMCONET), que han formulado— en base a los aportes históricos de ciencias como la medicina social y la epidemiología crítica— un marco conceptual que establece la importancia de las condiciones de

¹⁸ Los llamados “riesgos psicosociales” aluden a las características de la tarea, de la organización del trabajo y del entorno laboral que pueden afectar la salud, de modo es otra forma de denominar a los elementos que aquí planteamos como parte de la organización del trabajo.

empleo en la determinación de la salud de los grupos sociales. Su planteamiento principal es que cuando las condiciones de empleo y trabajo son buenas, aportan seguridad financiera, posición social, autoestima y protegen contra los riesgos físicos y psicosociales del trabajo, fomentando así los buenos estados de salud de la población, y disminuyendo las desigualdades étnicas, raciales y de género. En cambio, el funcionamiento del mercado laboral y las políticas sociales desarrolladas por el Estado a través de sus políticas de empleo, pueden influenciar las desigualdades en salud, en la medida que limitan el acceso a la atención médica y a los servicios sociales, y favorecen la exposición a factores de riesgo (Benach & Muntaner, 2005; Echeverría & Duhart; 1987). Dos empleados pueden compartir las mismas condiciones de trabajo, y aun así estar trabajando en condiciones de empleo diferentes, como distintos niveles de protección social, estabilidad e inseguridad laboral, salarios, posibilidades de organización y capacidad de negociación, entre otras variables (Benach & Muntaner, 2005). Lo anterior tiene impactos directos en las experiencias vitales de los grupos sociales, ya que determinan en qué tipo de condiciones de vida se da la reproducción social en aspectos como alimentación, salud, vestido, educación, cultura y vivienda (Navarro, Borrell, Muntaner, Rovira & Quiroga, 2004).

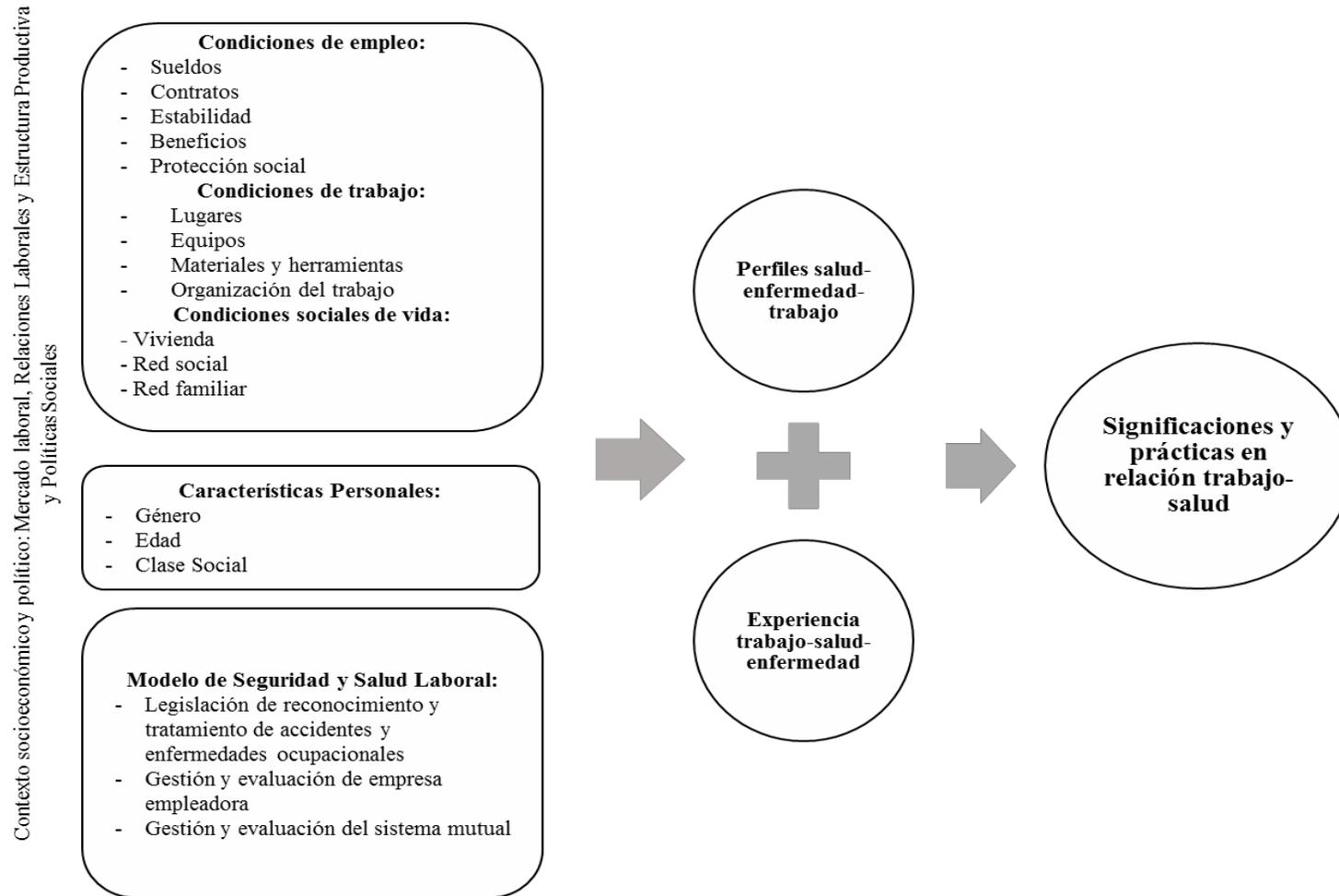
En este punto cobran importancia en específico las legislaciones sobre las condiciones de salud laboral de los trabajadores, el funcionamiento del sistema de seguridad social, las disposiciones de prevención y reparación de los daños profesionales y cómo estas determinan las responsabilidades y sanciones en casos de accidentes y enfermedades ocupacionales, las estructuras y estrategias organizacionales en cuanto a identificación de riesgos, causas y prioridad, así como la urgencia que se le otorga a los problemas de condiciones y medioambiente de trabajo y a las acciones para su mejoramiento. Estos elementos van a tener serias consecuencias en los estados de salud de las poblaciones y en los recursos que poseen para enfrentarlas (Neffa, 2002). Cómo se estableció en la revisión de antecedentes, el modelo SSO chileno posee sustanciales insuficiencias en relación a los mecanismos de registro y declaración en salud laboral, recursos para investigar, cobertura en salud, interés del sector salud por la prevención y conocimiento de expertos en salud ocupacional, entre otras, que afectan de manera directa la protección y vulnerabilidad de los trabajadores.

Por último, estas corrientes permiten la inclusión de factores culturales y personales, como la clase social, la edad y el sexo, mecanismos relacionales claves que explican por qué los trabajadores, y a menudo sus familias, están expuestos a múltiples riesgos (Benach & Muntaner, 2005). Por ejemplo, los efectos del trabajo son distintos en las mujeres que en los hombres

(Yanes, 2003), y se ha comprobado que son más nocivos en los trabajadores asalariados que en los propietarios o directivos (ENETS, 2010), diferenciándose así por género y clase social. Recordemos que el sector supermercado se caracteriza por poseer una fuerza laboral feminizada, con bajos niveles de cualificación y bajos ingresos salariales. Estas características van a determinar una experiencia particular respecto a la relación entre trabajo y salud.

De este modo, el estudio del trabajo y la salud se conforma como una relación compleja e incierta, aunque innegablemente estrecha (Amable, 2006), en la que inciden una serie de factores dentro y fuera del espacio laboral, tanto objetivos como subjetivos. En los siguientes capítulos se intentará comprender cómo los trabajadores de supermercados vivencian esta relación, construyendo significados y prácticas en torno a ella. Para ello, siguiendo el modelo presentado y considerando la complejidad de los vínculos entre trabajo y salud, se presentará, en primer lugar, un breve retrato del contexto de construcción de subjetividades y creación de formas de vida de la sociedad chilena actual. Ésta se caracteriza por procesos de individualización y responsabilización que inciden en cómo los grupos sociales interpretan sus circunstancias y conforman biografías de vida. En segundo lugar, se caracterizará el mercado laboral, y sus principales condiciones de empleo, en la que se insertan los trabajadores del retail. Esto dará un acercamiento a las políticas de empleo, trabajo y gestión de la mano de obra a la que están expuestos. En tercer lugar, se describirán las bases del paradigma de salud laboral que opera en el país, a través del cual las empresas y sistema mutual gestionan y evalúan los problemas de salud ocupacional. Y, en cuarto lugar, se profundizará en cómo la relación trabajo-salud se relaciona con la construcción de subjetividades de los sujetos, a través de las significaciones atribuidas al trabajo, a la salud y a la conformación de identidades en ambas. Creemos que todos estos elementos influyen en la configuración de perfiles y experiencias de salud/enfermedad específicos en los trabajadores de supermercados, a través de los cuales podremos aprehender sus subjetividades y comportamientos vinculados a sus problemas de salud laboral (Cuadro N°1).

CUADRO N°1. MODELO DE ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE TRABAJO Y SALUD



Fuente: Elaboración propia

III.2. Individualización, flexibilización y responsabilización: las tres aristas de la conformación de experiencias

Puesto que el objetivo de esta tesis es indagar en las significaciones y prácticas que los trabajadores construyen sobre la relación entre trabajo y salud, se vuelve necesario profundizar en el marco contextual y cultural de conformación de experiencias y significados, considerando que “la realidad subjetiva depende de la base social específica y de los procesos sociales requeridos para su mantenimiento” (Berger y Luckmann, 1968, p. 62).

Chile ha experimentado significativos procesos de reconfiguración en las últimas décadas, consistentes en reestructuraciones productivas, radicalización de la individualización, cambios en las relaciones familiares y de género, globalización cultural y expansión de la cultura del consumo, que inciden en la forma en que los sujetos contemporáneos experimentan y dotan de sentido su trabajo y, por ende, sus experiencias de salud en el espacio laboral (Araujo & Martuccelli, 2012; PNUD, 2002). Al respecto, Díaz, et al. (2005) distingue dos procesos esenciales en su estudio sobre significaciones de los trabajadores chilenos: la radicalización de la individualización y la instauración de un paradigma flexible.

III.2.1 Procesos individualización y responsabilización y su correlato en las subjetividades

Como señalan Arteaga y Pérez (2011) las políticas implementadas en Chile en los últimos años y los procesos de modernización han llevado al desarrollo de un modelo que enfatiza la individualización de la gestión del riesgo por parte de los sujetos, conformando un contexto de vulnerabilidad e incertidumbre. Los procesos de individualización son un importante eje interpretativo para comprender las subjetividades y prácticas que los sujetos construyen sobre la relación trabajo-salud, ya que enmarcan los sentidos que los trabajadores entregan a sus experiencias, siendo el marco al interior del cual se configuran y despliegan las identidades en nuestras sociedades tardomodernas (Arteaga & Pérez, 2011). Es también uno de los marcos analíticos más utilizados por los científicos sociales chilenos y latinoamericanos para dar cuenta de las transformaciones culturales a nivel de la sociedad y de los individuos (Yopo, 2013).

Los procesos de individualización refieren a nuevas formas de organización de la sociedad y constitución de individuos frente a la desintegración de las formaciones sociales previas, producto de la dilución de los colectivos tradicionales referentes como el Estado, la clase social,

la familia o el grupo etario y su revinculación a nuevos imaginarios, propios de la modernidad “tardía”, más centrados en la cultura, consumo, comunicaciones, etc., (Beck & Beck-Gernsheim, 2003). En este contexto, carente de grandes referentes, la modernidad demandará a los sujetos la tarea de construir reflexivamente su identidad y dar forma a sus biografías (Díaz, et al., 2005, p. 26), convirtiendo al individuo (ya no la sociedad) en el centro de toda iniciativa, acción y padecimiento (Beck, 2000). Esta interpelación entregaría mayor libertad y autonomía, pero también expondría a los sujetos a una creciente gestión de sí mismos en cada vez más ámbitos de la experiencia (Bauman, 2007) y, para grandes sectores de la población, la construcción biográfica no ocurre en contextos sociales neutros de repartición equitativa de recursos, condiciones y oportunidades sociales, sino que más bien se realiza en un contexto de creciente desigualdad y carencia de control sobre las condiciones de su elección (Yopo, 2013).

De otro lado, los aumentos de las posibilidades de elección individual irían de la mano con una mayor responsabilización de las consecuencias de sus elecciones, debiendo asumir los costos de su construcción biográfica (Bauman, 2007). Para Martuccelli (2007) la responsabilización es una de las consecuencias subjetivas más importante de este proceso de individualización. La responsabilidad se vuelve un valor de primer orden, que guía y orienta la modernidad, y que posee dos caras, de una parte, una mayor autonomía, pero de otra, el significado inverso, donde cualquier negligencia es considerada una culpa (Beck & Beck-Gernsheim, 2003), convirtiendo los éxitos y fracasos en exclusivos de las voluntades y capacidades individuales de los sujetos (Yopo, 2013). Esta situación va a encontrar un correlato en la internalización y privatización de los riesgos y las protecciones sociales (Castel, 2010; Yopo, 2013; Herrera, 2007) aumentando las situaciones de desprotección y facilitando la “desresponsabilización” de las instituciones respecto a aquellos sujetos que fracasan, a través de su culpabilización (Bauman, 2000). Los problemas de orden social se perciben cada vez más como disposiciones psicológicas de los individuos, inadecuaciones personales, sentimientos de culpa, ansiedades, conflictos y hasta neurosis, y las crisis sociales son percibidas como crisis personales, generando así una inmediatez entre individuo y sociedad, entre crisis y enfermedad (Beck & Beck-Gernsheim, 2003). Ante este panorama, “el individuo responsable es el que se protege a sí mismo, asume los riesgos que toma y se constituye movilizándolo sus propios recursos” mientras la protección social se reduce a suplir las carencias que no cubre la exigencia a la autonomía (Castel, 2010, p. 193).

Ahora bien, estos procesos tienen consecuencias subjetivas transcendentales para los sujetos. La construcción del sí mismo sería experimentada por los individuos como angustia, impotencia y

sobrexigencia, confrontándose con sentimientos de insuficiencia, culpa, precariedad, cansancio emocional, aislamiento, inseguridad, desprotección y agobio (PNUD, 2000; 2002; 2009). Incluso la convivencia social se vería afectada, pues la imposibilidad de generar soportes colectivos que sustenten las trayectorias individuales aumentaría y reforzaría las desigualdades sociales (Herrera, 2007). Así, los sujetos experimentan el riesgo y la fragilidad como permanente en sus experiencias cotidianas (Arteaga & Pérez, 2011, p. 62).

En este contexto cultural y normativo los trabajadores de nuestro estudio deberán construir significados y generar prácticas para gestionar y tratar sus problemas de salud laborales. De hecho, es en salud, de manera específica, donde muchos autores ejemplifican cómo se dan estos procesos de individualización y responsabilización: los individuos son cada vez más responsables de sus estados de salud, del cáncer, de los accidentes de tránsito, de las epidemias del SIDA, etc., (Martuccelli, 2007; Onghena, 2004), mientras que las instituciones se desentienden de la salud de las poblaciones, situación que, de acuerdo a la revisión de antecedentes, se repetiría en el modelo de salud y seguridad laboral chileno.

III.2.2 Configuración de experiencias laborales en un paradigma productivo flexible

Los análisis más tradicionales sobre las causas de accidentes y enfermedades ocupacionales suelen prestar poca atención a la forma de organizar y gestionar la fuerza de trabajo (Neffa, 2002). No obstante, la inserción de los sujetos en un paradigma productivo configura sus experiencias laborales y, por ende, de salud ocupacional. El paradigma productivo flexible, en específico, va a implicar un tránsito de patrón tecnológico, de modalidad de gestión empresarial, de organización de la producción, de marco de relaciones laborales, de formas de empleo y de perfil sociodemográfico de la mano de obra, que van a transformar el conjunto de discursos e imaginarios laborales y dimensiones simbólicas del espacio de trabajo en los individuos (Stecher & Godoy, 2014, p. 12). Cómo se verá más adelante, el sector retail es uno de los sectores donde este paradigma se ha instaurado con mayor fuerza.

La organización del trabajo —como el resultado de las normas y reglas que determinan cómo se ejecuta la producción en la empresa (Novick, 2000) —influye de manera significativa en los perfiles de salud-enfermedad de los trabajadores y en sus experiencias respecto a la relación trabajo-salud. Los modelos de organización del trabajo (Novick, 2000) o “paradigmas socio-productivos” (Neffa, 2010; Stecher & Godoy, 2014) se han transformado de un modelo “clásico taylorista-fordista”, de empleo de fábrica rígido, “para toda la vida”, que entregaba ciertas protecciones sociales, a un “modelo japonés” (Coriat, 1995), “paradigma flexible” (Díaz, et al,

2005) o “posfordista” (Neffa, 2010) donde la productividad se busca hacia lo interno, por polivalencia y movilización de las fuerzas de trabajo. Este último paradigma corresponde a las lógicas del capitalismo flexible actual, basado en los modelos del “new management”¹⁹, que implica cargas laborales y formas de desgaste distintas al modelo de fábrica (Dejours, 2009). Cómo se estableció en los antecedentes (capítulo II), el trabajo en supermercado se caracteriza porque en su organización laboral conviven ambos paradigmas.

El modelo taylorista-fordista fue el patrón productivo dominante en los países capitalistas más industrializados hasta los años 70. Se caracteriza por la producción en masa y serie a través de líneas de montaje; la rígida estandarización de tareas simples y repetitivas, en conjunto con una alta reglamentación y control sobre las mismas (Stecher et al, 2010); la extrema división entre trabajo intelectual y manual (Hopenhayn, 2001); un control estricto a través de formas de supervisión, normas de cómo trabajar, niveles, jerarquías, criterios y formas de ejercicio de la autoridad y el poder (Novick, 2000); y la existencia de unidades fabriles concentradas y verticalizadas, que consolidaron al *obrero-masa* o trabajador colectivo fabril (Antunes, 2005). Estos elementos se orientan por el principio de la *organización científica del trabajo*, la cual racionaliza los procesos de producción al maximizar la productividad por medio de una *economía del tiempo*, ecuación formulada en términos de “menor tiempo, menor costo por unidad y menor competitividad”, que introdujo la intensificación de los ritmos, parcelización, estandarización e individualización de las tareas (Neffa, 2010; Novick, 2000; Hopenhayn, 2001). En los trabajadores se traduce en exigencias psicológicas y físicas que lo obligan a trabajar a un ritmo rutinario y monótono, que no es el suyo, impuesto por la capacidad de las máquinas y por los

¹⁹ Por “new management” se entiende “el conjunto de nuevos discursos y prácticas de gestión empresarial que emergen en los años 80 y se consolidan en la década del 90 del siglo pasado. Distanciándose del modelo de gestión burocrático y apelando a los valores de la excelencia, la flexibilidad, la innovación y el emprendimiento individual el *New Management* se ha instituido en la perspectiva hegemónica respecto al modo correcto de gestionar una empresa en el nuevo escenario de globalización económica, innovación tecnológica, incertidumbre y cambio cultural. En el *New Management* encontramos tanto una descripción de los nuevos métodos de racionalización capitalista del trabajo propios del nuevo régimen de acumulación capitalista, como una justificación y legitimación ideológica de los mismos a partir de la apelación a un conjunto de principios y valores de orden moral.” (Stecher, et al, 2010, p. 544).

requerimientos competitivos del mercado (Hopenhayn, 2001), privado así de iniciativas, influencia o creatividad (Wittke, 2005; Burawoy, 1989).

El paradigma flexible, por su parte, el cual otorga un fuerte énfasis en la maximización de la calidad, la búsqueda de la eficiencia e introducción de nuevas tecnologías, se caracteriza porque las demandas cambiantes del mercado laboral determinan la estructura interna de las organizaciones, de modo que las instituciones requieren una constante innovación como respuesta a las demandas variables del mercado, que se van a centrar en el “factor trabajo”. Así, semanal o diariamente pueden ir cambiando las tareas, horarios, jornadas y/o contrataciones de los trabajadores (Sennet, 2000). En este contexto, se masifica el uso de modalidades individualizadas de evaluación, individualización de los contratos y sueldos, e utilización de formas de empleo atípico (terciarizaciones, externalizaciones, subcontratación, empleo part-time, etc), que reducen el salario real y la protección.

Esto ha significado un cambio en el perfil de riesgos, la frecuencia y tipo de accidentes, y la naturaleza de las patologías ocupacionales (Echeverría, 2007), comenzando a surgir con fuerza los “riesgos psicosociales”, vinculados más que nada a las actividades de servicios. Ha sido asociado también a precarizaciones en las condiciones de trabajo, que afectan los recursos y posibilidades de los trabajadores de gestionar sus problemas de salud, a la vez que disminuye la salud y seguridad en los espacios laborales (Franco, Duck & Seligmann-Silva, 2000). El nuevo mundo del trabajo se caracteriza por la mejora en la cantidad y calidad de numerosos empleos gracias a las innovaciones tecnológicas y organizacionales, pero paralelamente, han crecido distintas formas de subempleo y empleo precario, aumentando la desprotección (Sennet, 2000; Aubert & Gaulejac, 1993; Castel, 2010). Las inseguridades del nuevo mundo globalizado, y gran parte de los riesgos salariales y empresariales, se trasladan a los trabajadores, en complejos procesos de individualización y responsabilización sobre sus condiciones de vida y trabajo (Agacino & Echeverría, 1995), generando malestar, insatisfacción y temor, que inciden no sólo en los resultados del trabajo y la economía, sino que de manera fundamental en las significaciones que los trabajadores construyen sobre su trabajo y calidad de vida (Espinosa, 2001). Según Araujo y Martuccelli (2012), las trayectorias laborales de los chilenos están marcadas en la actualidad por un sentimiento generalizado de desborde, producto de las elevadas exigencias en el trabajo, la exposición a la precariedad, al riesgo y a la inestabilidad, conformando un escenario de “desmesura laboral” (Araujo & Martuccelli, 2012, p. 30). La inseguridad se vuelve, en este

contexto, en un panorama común, y la inestabilidad se presenta como uno de los principales miedos de la población chilena (Ramos, 2014; Espinosa, 2001: PNUD 2009).

Estos cambios en el mundo laboral implican abandonar algunos de los parámetros típicos del trabajo, que hacen necesario adoptar nuevas maneras de mirar la relación salud-trabajo en sociedades de inestabilidad laboral donde el empleo no ofrece las condiciones mínimas para el desarrollo de las subjetividades e identidades colectivas (Amable, 2006).

III.3 Principios del Paradigma del Modelo de SSO: la exclusión del trabajo y la culpabilización de la víctima

Los sistemas de protección de salud y seguridad ocupacional fueron construidos en la época industrial del siglo XIX, y están basados en los principios del Modelo Biomédico Tradicional, el cual rige a la hora de construir un marco operativo de determinación y prevención de los riesgos del trabajo, así como detección y asistencia de los accidentes y enfermedades laborales (Menéndez, 2005).

Menéndez (2005) explica que este paradigma se caracteriza por privilegiar los síntomas biológicos (lo que se ha denominado “biologicismo”) como factores explicativos de las enfermedades de los grupos sociales, escindiendo al enfermo (y su enfermedad) de sus condiciones sociales concretas. En salud laboral, esto ha ocultado e invisibilizado de manera ideológica las relaciones entre trabajo y salud. El conjunto de la vida del trabajador, la complejidad del trabajo y la colectividad de los procesos salud-enfermedad han sido descartados, en un enfoque de la enfermedad como fenómeno individual (Bermann, 1993). El trabajo se reduce a un factor externo que contiene determinados agentes capaces de ocasionar accidentes y enfermedades, pero su organización misma, el puesto del trabajador en el lugar de la producción y las relaciones sociales que conlleva, se excluyen del debate. En este enfoque, los riesgos, accidentes, enfermedades y sufrimientos en el trabajo se naturalizan, pues se consideran inherentes a él (Neffa, 2002):

“[El modelo tradicional de salud laboral] Considera al trabajo como un simple factor externo productor de enfermedades o accidentes; al centro laboral como un "ambiente" que contiene "agentes" y que al "ingresar" al organismo del trabajador ocasionan cambios tisulares y órgano funcionales; a la relación salud-trabajo como una simple

asociación empírica de causa-efecto; a los "efectos" como hechos terminales de cuadros mórbidos bien definidos; al proceso salud-enfermedad como expresiones aisladas del contexto social, o siguiendo las posiciones de la multicausalidad, como resultado de la intervención de múltiples factores aislados." (Betancourt, 1995, p. 72).

Asimismo, el trabajo es considerado como factor de riesgo sólo cuando pueda demostrarse la asociación unívoca y monocausal entre algunos de sus elementos y la enfermedad (Sánchez, 2006)²⁰, de modo que, la noción de riesgo profesional, refiere sólo a los padecimientos en los que se identifica causalidad (Betancourt, 1995). Esta exigencia monocausal ha generado considerables subdiagnósticos en las llamadas patologías modernas del trabajo, como los trastornos muscoesqueléticos y de salud mental, donde existen una diversidad de factores incidiendo unos sobre otros que, de otra parte, son fáciles de subjetivar y relativizar. No obstante, la relación entre trabajo y salud es multidimensional y en constante transformación, y no se puede reducir a una simple asociación causa-efecto, ni a las expresiones terminales de los accidentes y enfermedades en el trabajo, es decir, a los síntomas. Más bien, para hablar de los problemas de salud ocupacional habría que referirse a la preponderancia, y no exclusividad, que ocupa el trabajo en su génesis (Betancourt, 1999).

El paradigma en SSO posee también punto de vista predominantemente económico. Según Haidar (2013) en el siglo XX comenzó un proceso de "economización de la salud" caracterizado por la progresiva instrumentalización de "lo saludable" con miras a la obtención de ganancias, y "la creciente utilización de la racionalidad económica (de los cálculos, las normas y el lenguaje económico) para pensar los problemas de la salud laboral e intervenir sobre ellos" (p.209). Algunas nociones que dan cuenta de esta mercantilización son el "análisis de costo-beneficio", donde las empresas asumen un modelo matemático para atribuir un coeficiente de riesgo a los siniestros ocupacionales, y la "aceptabilidad del riesgo", que define un límite de suficiencia de toleración del riesgo en los trabajadores, orientados a que las empresas funcionen con un nivel mínimo de siniestros y riesgos que son capaces de costear²¹ (Rodríguez, 2013; Vogel, 1995). En

²⁰ Sin embargo, no existe el detalle de cuáles son aquellos factores externos que desacreditarían el origen laboral de una enfermedad (Por ejemplo, un factor externo podría ser la edad de un trabajador, si es de muy avanzada edad se puede adjudicar fácilmente su problema de salud a sus años, cuando en realidad puede deberse a la acumulación de cargas y riesgos en su espacio de trabajo a través de los años).

²¹ Según Neffa (2002) la salud es considerada como una verdadera mercancía que es incorporada a la fuerza de trabajo y los cálculos de productividad y, como tal, tiene su precio. Esta valoración, puede adoptar distintas formas: excedentes salariales para quienes poseen trabajos más demandantes como turnos

estas decisiones, los trabajadores no poseen ningún tipo de incidencia, y “las distintas formas de desgaste cotidiano, los modos de envejecimiento, la carga física y mental del trabajo o formas de violencia laboral y/o acoso sexual, son ignorados, pues no forman parte del objeto de una compensación financiera” (Vogel, 1995, p.13).

Este enfoque monetizador ha llevado a una tendencia “reparadora” e indemnizatoria de los daños, colocando el acento únicamente en la prevención de riesgos y no en la transformación de las condiciones de trabajo que son riesgosas para los trabajadores (Neffa, 2002). Un ejemplo, es la importancia otorgada al “factor humano” en las políticas en SSO que, si bien reconocen la incidencia de factores medioambientales sobre la salud, destacan casi exclusivamente los comportamientos individuales en la adquisición de patologías (Crawford, 1977). Otro ejemplo es el hecho que se consideran los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud, sólo cuando las enfermedades o accidentes ocupacionales podrían suponer defectos de calidad o costes adicionales para las empresas²² (Yanes, 2003; Vogel, 2004).

Lo anterior oculta a la organización del trabajo como causa que co-actúa en la ocurrencia de siniestros, y concentra la responsabilidad exclusivamente en los trabajadores. De acuerdo a Crawford (1997), existe una ideología en salud laboral cuyo discurso hegemónico tiene como aspectos esenciales la responsabilización e individualización de los problemas de salud a través de la “culpabilización de la víctima”. La gestión en SSO se orienta a estrategias de promoción que motivan a los individuos a convertirse en responsables de su propia salud, en vez de invertir en servicios asistenciales efectivos, justificando así la reducción de las políticas y gasto social en salud, traspasando este costo a los trabajadores. Los psicólogos industriales durante mucho tiempo han sido empleados con la intención de reducir los accidentes en las empresas a través de la generación de cambios conductuales en los empleados, en lugar de intervenir en los costosos cambios a la organización de la producción. El autor relata, para la realidad de Estados Unidos, que los más de 2,5 millones de personas discapacitadas por accidentes y enfermedades cada año,

rotativos, horas extras o turnos de noche; primas en caso de trabajo riesgoso, peligroso, insalubre, sucio o desagradable y; en forma de indemnización, cuando ya se producen los accidentes de trabajo o se ponen de manifiesto los signos terminales de las enfermedades profesionales.

²² Así partieron los estudios más serios y sistematizados de salud laboral, con Elton Mayo, en los años 50, quien relevó la importancia de determinados factores sociales y culturales en la generación de la insatisfacción y de falta de motivación entre los trabajadores, lo que provocaba retrasos en la productividad, denominándolo “factor humano”.

y el adicional de 114.000 muertos, no se explican por los peligros o ritmo de trabajo tanto como por la falta de prudencia en los trabajadores, exceso de pereza, algún desajuste psicológico e incluso problemas genéticos. Los trabajadores que se consideren "irresponsables" en el mantenimiento de su salud o estabilidad psicológica (lo que se manifiesta en los registros de asistencia) se enfrentarán a sanciones, despidos o prejubilaciones, racionalizadas como derivadas de sus mismos problemas de salud.

De esta manera, el paradigma y gestión en SSO permite vincular la salud laboral a las demandas productivas de las empresas (Ramos & Echeverría, 1985). Por otro lado, ha llevado a la concepción de que todos los riesgos ocupacionales son medibles y cuantificables, y no es “menester recurrir a la subjetividad, o sea, a la percepción y a las vivencias de cada uno de los trabajadores acerca de los efectos que los factores del medioambiente y de las condiciones de trabajo tienen sobre su vida y su salud” (Neffa, 2002, p. 11). Aunque el modelo SSO nace de la consideración del trabajo como agente de riesgo para la salud de los trabajadores, también tenderá a biologizar y ecologizar las variables sociales, a la vez que ha economizado la salud y la ha vinculado a las demandas productivas de las empresas a través de la culpabilización de los trabajadores por sus estados de salud (Menéndez, 2005).

III.3.1 El sesgo de género del paradigma de salud y seguridad laboral

Considerando que el sector supermercado es un sector altamente feminizado, en este apartado se va a profundizar en los efectos del paradigma en SSO, diseñado para el sexo masculino, en las mujeres. Las mujeres tienen condiciones de vida distintas a la de los hombres, por ejemplo, son ellas que se ausentan en caso de enfermedad de hijos, padres o familiar a cargo (Díaz, 1996). Además, son las principales usuarias en los servicios de salud en general, y de los servicios de salud mental en particular. El riesgo de depresión para mujeres es de dos a tres veces más alto que para varones, y recurren más al uso de medicamentos y de psicofármacos, siendo más afectadas por problemas de fatiga mental, estrés, y trastornos muscoesqueléticos (López & Nieves, 1992). Estos perfiles de salud-enfermedad se asocian a los sectores económicos en los que se insertan y el tipo de trabajo que realizan: las mujeres se concentran en los nichos de mayor precariedad y flexibles del modelo, además del trabajo doméstico que realizan, puesto que su integración al mercado laboral no ha sido acompañada de cambios significativos en la asignación de roles al interior de la familia (Díaz, 1996; Acevedo, 1997).

Sus modos inserción en el mundo del trabajo (doméstico y remunerado) generan una sintomatología inespecífica de causalidad múltiple en la que es difícil demostrar la acción directa y unívoca del ambiente de trabajo. El trabajo doméstico es considerado un “no trabajo” y es desechado como factor de riesgo para la salud de las trabajadoras, aunque es de igual manera una carga pesada (Díaz, 1996). De otro lado, mientras los hombres se concentran en sectores más peligrosos, las mujeres lo hacen en sectores donde los riesgos son menos visibles y los efectos en salud son más lentos. Por ello, los empleos femeninos son considerados como de menor habilidad y riesgos que los masculinos, pero estas afirmaciones desconocen la carga mental y los peligros que conllevan, relacionados más que nada a enfermedades mentales y trastornos musculoesqueléticos. Además, los estándares de seguridad y salud han sido construidos según los parámetros de vida de estilo masculino y, por ende, las responsabilidades familiares no han sido consideradas en la legislación laboral (Messing, et al., 1997). La salud de las mujeres ha sufrido así una doble invisibilización, que implica que la mayor parte de sus enfermedades son tratadas como enfermedades comunes y no reciben tratamiento oportuno, o se desarrollan hasta situaciones límites o invalidantes (Breilh, 1991). La precariedad, como anuncia Díaz (1996) tiene un sesgo de género.

La salud ocupacional requiere de una perspectiva de género en su abordaje, que considere las diferencias en la socialización de mujeres y hombres, que poseen distintos valores, actitudes y conductas, desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos, y una profunda división sexual del trabajo (Messing, Seifert, & Gonzáles, 1997). La salud ocupacional se ha concentrado en el momento productivo (condiciones de trabajo), sin embargo, “las tendencias actuales del empleo en el marco de las nuevas formas de la organización del trabajo hacen que esta separación (momento productivo v/s momento reproductivo) se haga cada día menos significativa” (Yanes, 2003, p. 28). En el caso de las mujeres trabajadoras, que tienen una doble inserción al trabajo, por su trabajo remunerado y el doméstico, el límite de fronteras es imposible de definir.

III.4 Privación material, exclusión social y desmoronamiento subjetivo: relación entre trabajo, salud y subjetividad

La revisión realizada hasta ahora permite hablar de un escenario de precariedad para los trabajadores de supermercados en relación a sus problemas de salud laboral. En los capítulos anteriores, se profundizó en la existencia de notables grados de precariedad y desprotección en los empleados de supermercados, en condiciones de trabajo como de salud, y en las falencias del modelo SSO que han derivado en la invisibilización de los accidentes y enfermedad ocupacionales, sustentado por un paradigma que desconsidera a la organización del trabajo y culpabiliza a los trabajadores de sus siniestros. De otro lado, el paradigma de trabajo flexible y los procesos de individualización y responsabilización, replicados en el sector del *retail* y supermercados, constituyen formas de inserción laborales y culturales precarizadas para los individuos. Como bien señalan Agacino y Echeverría (1995): son precarias las relaciones contractuales que no aseguran seguridad social, son precarios los salarios por bajo de la media y son precarios los riesgos de accidentes o enfermedad laboral que tienen en sus trabajos.

Ahora bien, se propone en esta investigación que el trabajo precario no sólo designa formas de empleo que reducen la seguridad social y la calidad de salud de los trabajadores, sino que también implica sus estados subjetivos, como amenaza constante de ser descartado (Wlosko, 2014). Para Linhart (2009: Franco, et al., 2010) aun aquellos trabajadores que tienen vínculos estables de trabajo, experimentan frecuentemente relaciones de incertidumbre y competencia que constituyen vivencias de inseguridad, las que denomina “precariedad subjetiva”. Ésta sería propia de los actuales modelos de administración que intensifican los ritmos de trabajo a la vez que no entregan los recursos necesarios para hacer frente a las exigencias laborales. La precariedad laboral es un efecto multidimensional que incluye la vida dentro y fuera del espacio laboral (Franco, et al., 2010).

Por un lado, en contextos como los descritos, los sujetos estarían más expuestos a condiciones riesgosas de trabajo y tendrían menor posibilidad de protegerse a sí mismos (Echeverría, 2007). Las formas de flexibilidad y precariedad afectan el espacio social de consumo: se accede a menor cantidad de servicios y de menor calidad. La enseñanza, la alimentación, la vivienda, seguridad social, entre otros, son también servicios y/o bienes precarizados para el trabajador precarizado (Tomasina, 2012). Además, las constantes exigencias de productividad y excelencia facilitarían

el desarrollo de conductas riesgosas²³ (Echeverría & López, 2004). El riesgo de exclusión social fruto de la privación material aumenta al padecer accidentes y enfermedades profesionales. Bolstanki y Chiapello (2002) señalan que en ocasiones el alejamiento del mercado de trabajo es el resultado de un accidente o una enfermedad: en numerosos casos los despidos por causas económicas tienen como personas afectadas aquellas que poseen alguna invalidez médica y/o psicológica, consideradas como incapaces de seguir el ritmo y definidas como “inadaptables”, y por ello, expulsadas a empleos de menor calidad e incluso fuera del mercado de trabajo (Bolstanki & Chiapello, 2002, p. 355).

Y por otro, al mismo tiempo, el trabajo en condiciones de precariedad elimina las posibilidades de planificar el futuro y de construir identidades colectivas e individuales capaces de otorgar un sentido de vida, obstaculizando los efectos saludables asociados al empleo (Amable 2006; Vives & Jaramillo, 2010). Por ejemplo, la ruptura de los lazos de sociabilidad en el trabajo, bajo la instalación de relaciones laborales competitivas e individualizadas, tiene efectos devastadores sobre los estados de salud de los sujetos (Dejours, 2009). Variados estudios han demostrado cómo trabajos poco creativos, monótonos, asociados sentimientos de inutilidad, baja autoestima y falta de reconocimiento, afectan de manera grave la salud de la población, provocando problemas cardiovasculares, músculo-esqueléticos y algunos síntomas psiquiátricos de agotamiento profesional e incluso suicidios (Díaz & Mauro, 2012; Karasek & Theorell, 1988; Theorell & Karasek, 1996). Los efectos del desempleo en la salud se encuentran entre los casos de estudio más conocidos al respecto. Se ha verificado la relación entre estar desempleado y la aparición de variados problemas de salud, como el incremento en las tasas de mortalidad, los ingresos en centros hospitalarios, las alteraciones en el ritmo de sueño, la pérdida o aumento de peso, el aumento de hipertensión, y las tasas de alcoholismo, tabaquismo y dependencia a fármacos, debido a los sentimientos de fracaso, exclusión e inutilidad que conlleva (Amable, et al. 2001; Araujo, 2014).

Para Aubert y Gaulejac (1993) la angustia es el coste psíquico de esta nueva forma de gestión. El acoso, la violencia, el miedo de despido, la sensación de falta de empleo, de fácil reemplazo de

²³ Como la priorización de la productividad por sobre la salud (especialmente si hay incentivos monetarios asociados); descuido de la mantención de maquinarias y herramientas de trabajo, así como del equipo de protección individual (para tener mayor habilidad); no uso del tiempo previsto para pausas y almuerzo; extensión del horario laboral, etc., situaciones que conducen inevitablemente hacia una mayor exposición de riesgos y fatiga muscular, psíquica y mental (Neffa, 2002).

trabajadores y la incertidumbre de quedar excluido del trabajo, transforman al trabajo en necesidad de supervivencia, acrecentando las posibilidades de exponer la salud y el bienestar para mantener un trabajo. El trabajador debe medirse continuamente entre el esfuerzo exigido por su empresa y el cuidar de su propia salud, la que, en este panorama, pasa a segundo plano (García, 2004).

III.4.1 Construcción de significados e identidades asociadas al trabajo

Se ha expuesto que existe una importante relación entre condiciones de trabajo, estados de salud y subjetividad de los individuos. Al respecto, Wlosko (2014) indica que el trabajo “puede jugar un papel considerable en el mantenimiento del equilibrio psíquico y somático, o bien funcionar como un espacio que lleva a la fragilización y el desmoronamiento de la subjetividad” (p. 343). Esto quiere decir que el trabajo puede fomentar la construcción de subjetividad del individuo o bien impedirla (Dejours, 1998). Tal como explica Davezies (1998), entre trabajo y salud se instaura una tensión en la que la organización del trabajo crea un espacio para la construcción de salud del sujeto, pero al mismo tiempo, opone a este proceso una serie de obstáculos que pueden impedir la experiencia significativa con el mismo, lo que provoca sufrimiento y posibles problemas de salud, tanto mentales como físicos (Davezies, 1998). Para comprender mejor cómo se da este vínculo y el papel que ocupa el trabajo en la configuración de los problemas de salud de los trabajadores, es necesario profundizar en los significados del trabajo y el papel que juega en la construcción de identidades y subjetividades.

III.4.1.1 Significados del trabajo: entre la sobre-exigencia y la realización personal

El trabajo como actividad humana más básica posee la función de satisfacer las necesidades materiales de subsistencia mediante la producción de bienes de uso y del intercambio entre el hombre y la naturaleza (Marx, 1973). Pero también cumple la función de ser fuente de realización del ser humano, poseyendo un papel fundante en la génesis y el *hacerse* ser social (Antunes, 2005). Como De La Garza (2009), este estudio plantea que el trabajo posee una doble dimensión: objetiva como acción y producto, pero también subjetiva como proyecto y reconocimiento social.

El significado del trabajo, su concepto y valoración social, no ha sido siempre el mismo (Castel, 1997). En las sociedades pre modernas, era sinónimo de castigo y maldición, actividad llevada a cabo por aquellos al fondo de la escala social (Aguilar, 2001). De hecho, el término *trabajo* viene del latín *tripalium*, elemento de tortura en la antigüedad (Cornejo, 2012). Es recién en la sociedad moderna industrial donde se le dará el sentido de realización social de los ciudadanos,

adquiriendo un rol gravitante como medio privilegiado de integración social y cultural, asegurado por el Estado, garante de un empleo duradero, protegido y con diversos beneficios sociales (Díaz, et al, 2005). El trabajo adquirió en las sociedades modernas dos roles principales: fuente de sentido en los procesos de constitución e identidad y eje de articulación de los vínculos sociales (Castel, 1997) inscribiendo al trabajador “en regímenes generales, convenciones colectivas, regulaciones públicas del derecho del trabajo y de la protección social” convirtiéndose en “la matriz organizativa básica de la sociedad salarial” (Díaz, et al., 2005, p. 470). A través del trabajo, el individuo no sólo contribuía a una función productiva, sino que era participe de la vida social (Sanfuentes, 2008).

Pero los cambios en el mundo laboral, consecuencia de los procesos de globalización, tecnologización e instauración de un nuevo paradigma flexible, han fragmentado los modos de vida y de trabajo tradicional, y ante el debilitamiento de los empleos para suministrar formas de afiliación, pertenencia y responder a las necesidades de autorrealización, interacción continua y reconocimiento de los individuos y grupos, surge la interrogante de qué lugar ocupa el trabajo en las sociedades contemporáneas (Melucci, 1999). Esta discusión, llevada a cabo principalmente en torno a la polémica del “fin del trabajo”²⁴, entrega importantes antecedentes a la hora de comprender la centralidad de éste en la sociedad actual.

Sin profundizar en esta discusión, este documento adhiere a la postura que el trabajo continúa siendo un valor, aunque ambivalente, en las sociedades actuales. Para Araujo y Martuccelli (2012), la narración de un trabajo estable, protegido y para toda la vida, en el país y el continente, sólo fue verdad para una pequeña parte de la población, siendo más bien una versión “importada” de las experiencias de los países del primer mundo. En nuestra realidad, el trabajo ha sido mayormente informal y desprotegido. Y en la actualidad, el trabajo se dotaría de significaciones altamente subjetivas, jugando un papel importante en la conformación de identidades y subjetividades. Los avances tecnológicos, la automatización de las tareas, y la incorporación de la flexibilidad a la organización y producción, no serían evidencias de su fin, sino más bien de su heterogeneización. Para Castel (2010) son las experiencias del trabajo las que niegan su extinción, pues sigue presente en la vida cotidiana de las personas, ante todo, por el espesor de los sufrimientos y las preocupaciones cotidianas que puede suscitar. En este sentido, Dubar

²⁴ No se desarrollará en esta tesis, pero muchos autores plantean al respecto el “fin del trabajo” como punto de referencia de los significados colectivos y como actividad central de identificación del ser humano, dando paso a otros referentes sociales con importancia no necesariamente económica (ver Díaz, et al., 2005).

(2005) señala que el ser reconocido en el trabajo, el tener relaciones (incluso conflictivas) con los otros, y el poder involucrarse de manera personal con una actividad, continúan constituyendo elementos fundamentales de la identidad personal. Los efectos negativos del desempleo en salud o los efectos reforzantes de la salud que poseen las buenas relaciones laborales y el sentido de pertenencia y utilidad, demuestran el peso subjetivo que posee el trabajo, que puede provocar una profunda erosión identitaria en los individuos (Araujo & Martuccelli, 2012).

El hecho que el empleo se vuelva inestable y precario no disminuye la importancia subjetiva del trabajo en las experiencias cotidianas de los individuos, y puede ser que hasta las magnifique (Castel, 2010). El principal problema no es el fin del trabajo, sino la abundancia de trabajo sin calidad, que no permite satisfacer las expectativas de las personas o que apenas otorga garantías de estabilidad o de ingreso, así como condiciones laborales que impiden una integración duradera a una comunidad de referencia (Kovacs, 2002; Pujol, 2013).

Con esto, no se hace referencia a que el trabajo sea el elemento más importante de los proyectos de vida de los sujetos, o que siempre constituya una experiencia positiva. Las injusticias, malas condiciones de trabajo, y sufrimiento, siempre han estado presentes en su historia. De hecho, el trabajo ha sido considerado desde sus orígenes como portador de una doble carga o un doble relato: lugar de despliegue de la fuerza humana transformadora y lugar del sufrimiento, castigo y realización humana (Cornejo 2012; Hopenhayn, 2001). En salud, el trabajo es fuente de muertes, enfermedades, malestares, patologías, desgastes y sufrimientos, que se traducen en distintas experiencias de malestar y enajenación. Pero a la vez, cómo relatan varios estudios, es fuente de satisfacción, placer y realización personal. De acuerdo al estudio realizado por Díaz, Godoy y Stecher (2006) en la población trabajadora del país, la centralidad del trabajo tendría un carácter ambivalente: se percibe tanto como un valor- relacionado con sentimientos de realización social, dignidad- y al mismo tiempo como una amenaza- vinculada a experiencias de sobrexigencia, enajenación y debilitamiento como espacio de construcción de vínculos sociales y proyectos colectivos. Esta dualidad, según los autores, es central en la narrativa de los sujetos. Soto y Gaete (2013) también indagan en las vivencias en torno al trabajo, señalando que es experimentado “desde el agobio y el desgaste, desde cuerpos que sufren el rigor de la actividad, desde la culpa respecto de otros roles de la vida cotidiana o desde la fatiga del endeudamiento” pero, al mismo tiempo, “como una experiencia constituyente del sujeto” (p. 1170).

Considerando estas experiencias, adherimos al planteamiento de Battistini (2004) cuando expresa que hay que entender el trabajo “desde quienes trabajan y los significados que le otorgan a las múltiples tensiones que se generan en sus entornos socioculturales, su propia realidad, las estructuras económicas y políticas que tratan de enmarcar la sociedad, y los marcos de referencia que devienen las trayectorias de cada uno de ellos” (p. 24).

III.4.1.2 Construcción de identidades en el espacio laboral: la importancia del proceso relacional

Las identidades no son entidades estáticas, sino que son construidas²⁵ de múltiples maneras a través de prácticas, discursos y diferentes posiciones que asumen los individuos, a menudo entrecruzados y antagónicos (Hall, 1996). Diversos autores identifican al menos dos momentos o procesos concluyentes en su conformación.

El primero se relaciona con los procesos de socialización primaria, que es la identificación o definición de sí mismos de los individuos con ciertas cualidades pertenecientes a categorías sociales compartidas, culturalmente determinadas, que contribuyen a especificar al sujeto y su sentido de identidad. Las categorías son ofrecidas por las instituciones sucesivas (familia, escuela, mercado de trabajo, empresa) y deben ser consideradas accesibles en el tiempo y valorizadas por el sujeto (Dubar, 2005). En la medida que el individuo las interioriza de manera activa, y las incorpora, conforman las *identidades para sí* (Dubar, 2005) o la *identidad personal* (Larraín, 2001). Esta construcción se realiza considerando que la identidad no es sólo una herencia, como retrospectiva al pasado, sino también proyección al futuro, que no responde únicamente a la pregunta del ¿Qué somos? Sino también a la pregunta del ¿Qué queremos ser? (Larraín, 2001).

El segundo momento es el denominado proceso de “identificación”, donde el sujeto construye una definición de sí que le confiere unidad y continuidad en el tiempo, siempre dinámica y cambiante, y que se edifica sobre imágenes de sí que le transmiten los “otros significativos”, sujetos e instituciones sociales con los que el individuo se relaciona (Dubar, 2005). La construcción de sí mismo supone siempre la existencia de “otros”, ya sea internalizando sus opiniones o impresiones de él mismo, o siendo aquellos respecto a los cuáles el sí mismo se diferencia y adquiere su carácter distintivo y específico. El proceso de identificación consiste en la atribución de identidad por parte de las entidades y agentes que están en interacción directa

²⁵ De esta forma, se critica la noción naturalista de identidad como unidad estable e inalterable del sujeto.

con los individuos, primero la familia y los pares, y luego las instituciones y el mercado laboral (empresa, jefes, compañeros, etc.), quienes interpelan una cierta configuración identitaria, conformando una *identidad para el otro* (Dubar, 2005). De esto se desprende que la construcción de identidad es un proceso intersubjetivo de reconocimiento mutuo, que no sólo responde al ¿Quién soy yo? Sino también al ¿Quién soy yo para los otros? (Larraín, 2001).

Este proceso solo puede ser analizado al interior de los sistemas de acción en los cuales el individuo está implicado, y resulta de “relaciones de fuerza” entre todos los actores envueltos, dando legitimidad- siempre contingente- a las categorías utilizadas por el individuo (Dubar, 2005). Para este estudio, es importante recalcar dos aspectos de esta construcción identitaria en el espacio laboral. Uno, es que la identidad se construye dentro del juego del poder y la exclusión, producto de los conflictos que se generan entre las representaciones interpeladas por los “otros” (empresa, jefes, y compañeros) hacia el sujeto, y las suyas propias. Esta concepción pone exclusivo énfasis en la experiencia social y relacional del poder, ya que considera que son diversos los actores en el sistema social empresarial (en el caso de esta tesis, los actores empresariales y del sistema mutual) y hace de las relaciones de trabajo el lugar donde se experimenta el enfrentamiento de los deseos de reconocimiento, en un contexto de acceso desigual, movedizo y complejo al poder (Dubar, 2005). Afrontar el mundo laboral constituye un momento crucial en la construcción de la identidad autónoma, convirtiéndose en un desafío identitario para los individuos.

Y el otro, es destacar que la identidad emerge y se afirma en la medida que se confronta con otras identidades en el proceso de interacción social, por ende, no es un atributo o corporeidad intrínseca del sujeto, sino que posee un carácter intersubjetivo y relacional. Por ello, las identidades varían con el tiempo, son instrumentalizables y negociables, y se retraen o expanden según las circunstancias, es decir, son moldeables (Giménez, 1992). Este plano relacional de la identidad se resume en que las identidades serían las maneras cómo los sujetos se identifican con los pares, con los jefes, clientes y otros grupos en el trabajo que actúan como “otros significativos”. Así, en el proceso de construcción de identidades laborales se ponen en juego las apelaciones identitarias que realizan las empresas que, cómo se revisó, son comunes en el modelo de gestión flexible del trabajo en *retail*. Pero también las negociaciones, resignificaciones, apropiaciones y/o rechazos que los trabajadores realizan ante ellas, posibles de observar en sus prácticas cotidianas.

III.4.2 La salud como proceso social, subjetivo e intersubjetivo.

La salud es un concepto complejo y multidimensional que, en tanto expresión de la vida del ser humano, no resulta simplemente de la acción de uno o dos factores aislados, más bien surge de la manera cómo se vive, trabaja, organiza, actúa y piensa en la sociedad, y en ello, se corresponde con las características del grupo social al que pertenece y con las particularidades de su individualidad (Betancourt, 2007). Esta tesis adhiere a la idea que el término “salud/enfermedad” no es estrictamente biológico, sino también social (Breilh, 2003), y que posee un carácter *procesual* que se expresa en continuo “*proceso salud-enfermedad*”, pues es imposible hablar de salud o enfermedad en un estado completo (Rodríguez & Ruiz, 2010). Como tal, no es un “estado estático” sino que va cambiando conforme a las representaciones de la sociedad, siendo susceptible de ser modificada (Bersh, 1987; Rodríguez & Ruiz, 2010).

En las sociedades contemporáneas, predominan las representaciones de salud del modelo biomédico (ir a Capítulo III.3) que entrega mayor importancia a los factores biológicos, desestimando con ello la incidencia de los factores sociales, económicos, culturales y políticos. Para esta ideología, las causas de los problemas de salud se deben de manera casi exclusiva a la genética o a las “elecciones individuales”. En este documento, se adopta la mirada desde la cual la salud no depende tanto de la suma de elecciones libres e individuales, sino en gran medida, de los “múltiples condicionantes y necesidades sociales que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de las poblaciones” (Benach & Montaner, 2005). Y así como la salud es un fenómeno social, también lo es la experiencia de los padecimientos (Benach & Montaner, 2005). Por ello es necesario abordar el problema de la salud y el trabajo y sus expresiones en el colectivo en el que se inserta cada sujeto, y no en los individuos o en los grupos abstractos (Laurell, 1993).

Esta investigación indaga en las experiencias subjetivas de la salud/enfermedad de los trabajadores. Al respecto, es importante considerar el orden social en el que se insertan dichas experiencias, capaz de moldearlas y enmarcarlas, pero también el hecho que los sujetos son seres activos en la construcción sus experiencias en salud. Las orientaciones culturales organizan nuestro sentido común acerca de cómo entendemos y tratamos la enfermedad y, por ende, se puede decir que la experiencia en salud siempre está moldeada culturalmente. Pero a la vez, los individuos pueden otorgarle distintos significados y desarrollar diferentes estrategias en su experiencia subjetiva del padecimiento, como actores sociales capaces de elegir y de influir en el curso de los eventos.

En este capítulo, se profundizará en el vínculo que existe entre los estados de salud de los individuos y sus configuraciones subjetivas y construcciones identitarias, lo que ayudará a entender el complejo vínculo entre salud, trabajo y subjetividad.

III. 4.2.1 Hacia una comprensión de los significados y las prácticas en salud

Existe amplia y variada literatura sobre cómo se constituye socialmente la experiencia subjetiva de la salud, pero esta investigación se centrará en los aportes de dos grandes corrientes: la *normativa*, que recalca el papel que juega la cultura y la estructura social en la constitución de experiencias subjetivas en salud, y la *interpretativa*, centrada en las maneras en que los individuos sienten, perciben y definen aspectos de la vida social en salud (Castro, 2002). A continuación, se revisarán sus aportes más importantes para el desarrollo del problema de esta tesis.

Las corrientes normativas han estudiado ampliamente las conductas en salud, principalmente intentando explicar comportamientos “irracionales” como el autodiagnóstico, la automedicación, la resistencia a seguir indicaciones médicas y terapéuticas, la incapacidad para asumir comportamientos preventivos, etc. Por ejemplo, los trabajadores suelen no usar sus implementos de seguridad (como casco) y asumen continuamente comportamientos riesgosos (Espulga, 2002)²⁶. Al respecto, se señala que las conductas de los individuos frente a la enfermedad se relacionan con cómo dan significado e interpretan sus circunstancias de salud y enfermedad, en los que la cultura, la educación, el nivel socioeconómico, el género y la religión serían variables importantes que moldean la experiencia en enfermedad (Mechanic, 1916; Zborowski, 1958; Castro, 2002).

De esta forma, la posición de clase y el género determinan la relación que mantienen los individuos con su propio cuerpo y, por ende, los parámetros conceptuales dentro de los cuales pueden elaborar su propia concepción de salud (Castro, 2002). Las clases bajas tenderían a experimentar sus enfermedades de manera más temerosa, y a pensar sus problemas de salud relacionados con su fuerza física y la supervivencia, mientras que las clases medias y altas lo

²⁶ Los estudios sobre enfermedad e identidad tienen su origen en Parsons (1951) y su teoría del “rol del enfermo” que hipotetizaba sobre que los pacientes asumían una serie de derechos y obligaciones que determinaban su comportamiento, una vez que habían sido diagnosticados con una determinada condición, basado en la asunción de que la enfermedad es una especie de disfunción. Esta visión ha sido criticada por ser negligente con las experiencias de pacientes de enfermedades crónicas, por ser de una naturaleza sobre determinística y por no incorporar los efectos sobre el cuerpo físico y la experiencia de la enfermedad (Lively & Smith, 2010).

hacen términos psicológicos más elaborados, haciendo distinciones sutiles entre diferentes sensaciones, ya que no dependen exclusivamente de su cuerpo para trabajar (Bolstanki, 1975: Castro, 2002). De la misma forma, los hombres serían más renuentes a utilizar los servicios asistenciales sanitarios por considerar la enfermedad y sus manifestaciones como señal de debilidad, mientras las mujeres los usan con frecuencia, pues para ellas el cuidado asume una dimensión emocional y física (Onghena, 2004).

Otro elemento interesante a considerar para esta investigación es el discurso médico moderno (“autocuidado”), que también moldea las concepciones de salud/enfermedad de los individuos. El sistema sanitario y los códigos y lenguajes de la medicina oficial (tanto en sus aspectos públicos como de mercado) han ido penetrando en las significaciones y prácticas relativas a salud de los individuos. Los modelos de comportamiento médicos ligados a la gestión en salud de los pacientes se difunden y “homogenizan”, de manera que lo que los sujetos representan como salud son construcciones sociales mediadas por las instituciones sociales y los medios de comunicación (Joffe, 2002).

En este punto, es importante integrar los aportes de las corrientes interpretativas, pues a pesar de que las experiencias en salud/enfermedad estén moldeadas por sus condiciones objetivas y los discursos médicos dominantes, también es necesario considerar el “sentido común” de los sujetos en estas percepciones, el que incorpora ideas del trabajo, de la vida en general, y del mundo (Cornwell, 1984: Castro, 2002). Los elementos cognoscitivos que integran el sentido común²⁷ se utilizan como recursos para interpretar asuntos relacionados con la salud/enfermedad, e incluyen el contenido de las experiencias en salud y las formas mediante dichas experiencias se elaboran, principalmente a través de la interacción. La importancia de la dimensión interaccional para la construcción de una experiencia en salud remite a que son las prácticas conversacionales las que permiten la descripción de la experiencia subjetiva de la salud/enfermedad, que se convierten, al mismo tiempo, en constitutivas de ella (Locker, 1981: Castro, 2002).

Así, las prácticas en salud dependen un “substrato de creencias”²⁸ que atañe a lo que es relevante hacer para mantenerse sanos y para afrontar y superar las enfermedades (substrato con el cual la

²⁷ Se entiende el sentido común como un saber colectivo en permanente construcción, en el que la tipicidad y la objetividad de los objetos y sucesos ordinarios, incluida la experiencia de enfermedad, se dan por sentado; y lo más importante, es un saber colectivo en permanente reafirmación a través de la interacción social (Castro, 2002).

²⁸ Por sistemas de creencias se entiende “un conjunto más o menos relacionado- pero no necesariamente coherente o científicamente fundado, sin ser a su vez necesariamente erróneo- de valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud” (Di Nicola, 1994a, pág. 35).

medicina oficial se enfrentaría cotidianamente). Las personas tienen ideas sobre cómo prevenir enfermedades y cómo cuidarse, de lo que es relevante para su propia salud, que luego se traducen en comportamientos. Este sistema de creencias existe antes del contacto con el sistema institucional sanitario, y es susceptible de modificaciones en la medida que recibe informaciones y prescripciones del modelo de comportamiento oficial, a la vez que obtienen sus contenidos de la experiencia subjetiva del individuo y de sus condiciones socio estructurales. En las significaciones y comportamientos en salud, son también importantes elementos como los miedos y ansias respecto de la enfermedad, el nivel de interferencia en sus actividades normales, la gravedad de la enfermedad, la reprobación social y la accesibilidad a los servicios médicos, la existencia de dichos servicios, la posibilidad económica de acceder a ellos y voluntad de asistir, etc. (Di Nicola, 1994b).

Ahora bien, en este estudio se vuelve necesario comprender, de manera particular, las percepciones de salud de los sujetos contemporáneos, bajo la premisa que las representaciones sobre salud y enfermedad de las poblaciones tienen que ver con las representaciones de sociedad (Castro, 2002). En la modernidad, la salud llega a estructurar gran parte de nuestro comportamiento, convirtiéndose en un valor básico que gobierna la elección de vida individual, identificada de manera frecuente con “la vida misma”. Di Nicola (1994b) lo explica diciendo que “el culto de la salud personal tiende a estructurar todas las actividades, sociales y físicas, individuales y colectivas” (p.24). En ella, la enfermedad asumiría tres características principales: posee un carácter individual, consolidada en torno a la idea del “individuo enfermo” más de a la de “grupo victimado”²⁹; es sinónimo de incapacidad para trabajar, estrechamente relacionado con la productividad y competitividad económica; y se “medicaliza” al punto que recurrir al médico y someterse a tratamiento en un significado propio del “estar enfermo” (Herzlich y Pierret, 1985; Castro, 2002). Los autores proponen que el “nuevo mito” o la llave social de la representación de la enfermedad en occidente es la de la responsabilidad de la elección y el surgimiento de una “moral de la enfermedad” como la noción ampliamente aceptada de que mantenerse sano es deber de los individuos, que moldea nuestra forma de entender la enfermedad. Beck (2000) menciona cómo la autogestión activa en salud (prevenir riesgos y peligros) figura entre los modelos

²⁹ De acuerdo a Beck (2003) en la era pre-industrial los modos de vida y el asegurarse el sustento tenían un carácter comunal, la familia era la unidad económica que mancomunaba su mano de obra, y en caso de emergencia era apoyo. En la industrialización, estos modos de provisión se hicieron cada vez más frágiles y los individuos se convirtieron en los principales responsables de su propio sustento.

biográficos fomentados y exigidos por la sociedad individualizada, relacionada con la necesidad básica de mantenerse a flote en un mercado laboral competitivo. Para el autor: “la salud no es tanto un regalo de Dios como una tarea y logro del ciudadano responsable y, por tanto, debe protegerla y cuidarla, o de lo contrario, enfrentarse a las consecuencias. Cualquier persona con problemas de salud se verá excluido del mercado laboral y se verá enseguida incluido en la categoría de ‘difícil encontrarle trabajo’” (Beck & Beck-Gernsheim, 2003, p. 249).

III.4.2.2 El papel de la salud en la construcción identitaria

En las últimas décadas el interés de la sociología por los vínculos entre identidad y salud ha ido en aumento (Lively & Smith, 2010). Como revisamos en los capítulos anteriores, el proceso de socialización es de vital importancia en la indagación sobre identidades desde la sociología, con esto se hace referencia de manera específica a la interacción entre la “identidad social” (la identidad individual percibida por otros) y la “identidad personal” (identidad percibida por él mismo). Esta tesis adhiere a la noción de que los sujetos poseen agencia en la construcción de su identidad durante los periodos de enfermedad, siendo un proceso en constante cambio. El vínculo entre identidad y salud puede darse de dos formas principales: 1) las identidades actuales son resultados de alguna enfermedad o lesión; 2) las identidades afectan también las experiencias y significados en torno a la salud. A continuación, se entregarán algunos lineamientos que permiten entender esta compleja relación.

Los individuos que padecen alguna enfermedad deben enfrentar de manera constante las percepciones negativas entregadas por los “otros”, generalmente asociadas a las categorías de “incapaz para trabajar” “carga” y “no deseable”, sobrellevando de manera cotidiana experiencias de aislamiento social, descrédito y desvalorización. Charmaz (1983; Castro, 2002) en su estudio sobre enfermedades crónicas, relata el proceso de pérdida de identidad (*lost of self*) de los sujetos, causada por el efecto debilitador e invalidante de sus padecimientos, que hace que los individuos pierdan su estima e identidad. Para la autora, el mayor sufrimiento no es el físico, sino la “pérdida del yo”. La autora toma la idea de Mead (1982) del interaccionismo simbólico, que la identidad se estructura a partir de la interacción social, por ende, una disminución de la identidad social, es una disminución de sí mismo. Hay cuatro elementos que fomentarían este proceso: el vivir una vida restringida (p. ej, no poder salir de casa), el aislamiento social, las definiciones desacreditantes del yo, y el convertirse en una carga. Los enfermos debilitados utilizarían un “lenguaje de la pérdida del yo” para referirse a sí mismos, sintiéndose poco valorados, inútiles, “buenos para nada” (Lively & Smith, 2010). Sin embargo, el proceso de enfermedad no es

siempre negativo, significando una pérdida de identidad, sino que puede ser también positivo. Kaiser (2008: Lively & Smith, 2010) en su estudio de mujeres con cáncer, describe cómo desarrollan una identidad de “sobrevivientes” que las hace sentirse valoradas, útiles, y les posibilita entregar un sentido a su experiencia de enfermedad. Este último elemento ejemplifica que es posible para los sujetos entregar valoraciones positivas y significativas a la experiencia salud/enfermedad.

Las percepciones e imagen que tienen los individuos sobre sí mismos también jugarían un papel importante. Dado que los significados que construyen los sujetos tienden a estructurar su visión de mundo, los individuos que se ven a sí mismos de cierta manera, es más probable que perciban su enfermedad o condición en formas que se correspondan con estas definiciones o imágenes de sí mismos, es decir, se esforzarían por mantener una imagen coherente de sí mismos, a pesar de la enfermedad (Lively & Smith, 2010). Por ejemplo, el estudio de Sanders, et al. (2002: Lively & Smith, 2010) de pacientes con osteoporosis demuestra que, a pesar de hablar de los efectos disruptivos de su enfermedad en su vida cotidiana, se gestionan para ver tales síntomas como parte de su vida normal.

En el estudio de la salud y la identidad, una de las corrientes más importantes y con mayor número de investigaciones es la que refiere a la internalización de un estigma asociado a tener una determinada condición³⁰. En esta corriente, se argumenta que la enfermedad resultaría en un estigma que afecta la percepción de sí mismo, pero también que el poseer una identidad estigmatizada resultaría en comportamientos compensatorios que pueden influir en los posteriores resultados de salud (Lively & Smith, 2010). La internalización del estigma tendría consecuencias para los sentimientos, creencias y comportamientos, tanto para aquellos receptores del estigma, como para los que los rodean (familia, trabajo, grupo de pares, etc.). Cuando un individuo es diagnosticado con algún tipo de trastorno mental, las ideas culturales que existen sobre las enfermedades mentales (ser incompetente, tonto o peligroso) se convierten en personalmente relevantes, y son transformadas en expectativas que otros van a colocar sobre la persona. Estas expectativas negativas se asocian a consecuencias como el desempleo, bajos

³⁰ Goffman define estigma como una categorización o etiqueta impuesta socialmente por los “otros”. Producto los procesos de socialización, la mayoría de los individuos en la sociedad con socializados bajo similares creencias y actitudes referente a los tipos de condiciones y características que pueden ser consideradas estigmas. Lo que importa es la internalización del estigma, y no tanto el etiquetamiento.

ingresos y sentimientos de desmoralización. En este sentido, los problemas de salud no sólo afectan al individuo, sino que también a la comunidad, ya que pueden convertirse en una carga en términos de exclusión social, estigmatización y costos económicos. Por ello, muchos trabajadores mantendrían en secreto sus sufrimientos psíquicos (CEM, 2008).

Otro elemento importante para entender la relación entre salud e identidad, es que los individuos poseen una serie de identidades y roles, teniendo más afecto particular por unos que por otros, lo que se ha denominado “jerarquía de roles”. Al estudiar el comportamiento en salud, se encuentra, por ejemplo, que la decisión de dejar el empleo por alguna enfermedad puede ser compleja para una mujer que piensa que, al dejar su rol de trabajadora, arriesgaría también su rol de madre, de esposa, proveedora y amiga (si la mayoría de sus amistades dependen de su rol de trabajadora). Mientras la realidad objetiva de dos personas en su enfermedad puede ser la misma, su experiencia subjetiva puede cambiar dependiendo de los roles que escojan mantener durante ella (Lively & Smith, 2010). Es común, en este sentido, que en periodos largos de enfermedad los sujetos comiencen a redefinir sus roles, como el ser trabajadores, padres o esposos.

No hay que olvidar que las identidades están profundamente embebidas en una red social, siendo muchas las relaciones sociales que dependen de ella, y si un rol identitario posee algún grado de recompensa emocional, es probable que sea más relevante que aquellos que no poseen tantas redes de dependencia ni recompensas emocionales. Dependiendo de la importancia de cierta identidad, lucharán o no por mantenerla significativa para ellos y los demás (p. ej, no querer dejar de trabajar). De esta forma, se explica cómo algunas personas que tienen enfermedades o dolores crónicos, como hernias, no estén tan comprometidos con ese rol en específico (“con el rol de ser un enfermo”), a pesar de que sufra constantes dolores diarios, y en vez de ello, puede estar más comprometido con sus roles de padre, de atleta o de trabajador (Lively & Smith, 2010).

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

Esta tesis busca aportar en la comprensión de los significados y prácticas que construyen los trabajadores de supermercado sobre la relación que existe entre su trabajo y salud— en un contexto de vulnerabilidad en sus condiciones laborales y estados de salud— y su vínculo con los procesos de construcción de identidad y de gestión en SSO del sistema mutual y la empresa empleadora. La perspectiva teórica a la que se adhiere se comprende en el marco del proyecto FONDECYT del que forma parte “*Experiencias posicionales: subjetividades en la transformación social de Chile*”, cuyo interés es construir conocimiento acerca de la relación entre las transformaciones de la estructura social y los correlatos subjetivos y significaciones que produce a nivel individual y colectivo, en este caso, en los trabajadores del *retail* y supermercado. La perspectiva de la *sociología comprensiva* nos otorga un marco que permite articular la estructura social con los significados y prácticas que llevan a cabo los individuos, considerando a la vez el significado que éstos le otorgan a la realidad y cómo se relacionan con sus acciones (Arteaga, 2000). Dado que la interrogante gira en torno a cómo los actores dotan de sentido su experiencia en trabajo-salud y generan prácticas en torno a ella, esta perspectiva se presenta como la adecuada.

Para Berger y Luckmann (1968) la tarea de la sociología comprensiva es intentar explicar cómo la realidad toma forma en y para los individuos, la que se construye socialmente, como consecuencia de un proceso dialéctico entre elementos “objetivos”— como las relaciones y estructuras sociales y los hábitos tipificados— y los elementos “subjetivos”— como la formación de identidades, las interpretaciones simbólicas, y la internalización de roles. Considerando que los cambios que suceden en la sociedad se reflejan en las condiciones de trabajo y la salud de la población trabajadora (García, 2004), esta tesis pretende vincular el escenario de transformaciones culturales, sociales y económicas de la sociedad chilena, y sus correlatos en el mercado laboral, modelo SSO, y el trabajo en *retail*, con un aspecto tan específico de sus significaciones como es la experiencia trabajo-salud.

Se cree que el estudio del proceso de salud/enfermedad laboral posibilita observar la articulación entre trabajo y vida cotidiana, en vez de mirarlos como mundos separado, facilitando la conjunción de ambos mundos, y con ello, de las significaciones y conformación de identidades en los mismos (Menéndez, 2005).

IV.1 Metodología de investigación

IV.1.1 Enfoque de la investigación

El enfoque que más se adecua a los objetivos del estudio es el **cualitativo**, pues es aquel que permite comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor y la importancia que le otorga a los significados (Taylor y Bogdan, 1998). En este enfoque, la realidad se entiende como construcción intersubjetiva, apprehendiendo así los sentidos que los sujetos, pertenecientes a una determinada comunidad— en este caso, el mundo del supermercado— le otorgan a sus acciones y experiencias sobre trabajo-salud, posibilitando la captación y reconstrucción del significado (Olabuénaga, 2012). Un estudio como el presente retoma la importancia de las subjetividades de los trabajadores para comprender sus prácticas y formas de gestión del sistema de salud laboral. También nos acerca a entender cómo negocian los relatos oficiales de individualización y responsabilización de sus condiciones de salud y de trabajo, y en qué medida permean sus percepciones sobre las mismas. Se vincula, a la vez, de manera directa con cómo los trabajadores van construyendo su identidad laboral, y cómo estos problemas de salud pueden ir incidiendo en esta construcción (en la medida que pueden afectar la percepción de sí mismos, de su labor y la percepción de los otros).

Un enfoque cualitativo es un aporte al estudio del vínculo trabajo- salud, puesto que en general las dimensiones subjetivas (lo que los trabajadores sienten, piensan y hacen respecto a sus procesos de salud/enfermedad ocupacional) ha sido dejado de lado en la comprensión del fenómeno de la salud laboral (Betancourt, 2007). Los conceptos de trabajo y salud son sumamente complejos, ya que contienen al mismo tiempo múltiples dimensiones de la vida social, en los que encontramos elementos objetivos y subjetivos, acciones individuales y colectivas, y distintas construcciones intersubjetivas. La riqueza simbólica de la relación entre trabajo y salud debe ser reconstruida desde el mismo sujeto, dado que de él fluye un caudal de significados que dan cuenta del impacto de las transformaciones y sus estrategias para afrontarlo (Garabito, 2005).

IV.1.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo. La realidad en salud laboral en espacios laborales de *retail* y supermercados ha sido poco documentada en el país, ya que las investigaciones que existen se remiten a los sectores más peligrosos, como minería y construcción. De otro lado, la relación entre trabajo y salud desde las subjetividades ha sido escasamente profundizada en la academia

y en Chile, siendo también inexistentes los estudios que refieran a prácticas o modos de gestión de los trabajadores frente a sus problemas de salud laboral.

IV.1.3 Técnicas de producción de la información

Como técnicas de producción de información se utilizaron entrevistas individuales en profundidad y semidirectivas (Taylor y Bodgan, 1987). La aplicación de la entrevista en profundidad resulta adecuada, pues ahonda en las perspectivas que los entrevistados tienen respecto a sus experiencias y prácticas cotidianas en el ámbito laboral y de salud. Por otro lado, dado que las entrevistas “expresan y dan curso a las maneras de pensar y sentir de los individuos entrevistados, incluyendo todos los asuntos de profundidad asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias, esquemas de interpretación [...] así como las coordenadas psíquicas, culturales y de clase de los sujetos investigados” (Canales, 2006, p. 221), permiten dar cuenta de sus experiencias sobre la relación salud-trabajo entendidas como un proceso colectivo, que no sólo tiene que ver con una vivencia individual, sino con un conjunto de condicionantes sociales. En ese sentido, los planteamientos de cada entrevistado se entenderán como una síntesis de los hechos y normas que dominan en un determinado espacio laboral (Canales, 2006).

El formato de la entrevista estuvo basado en un cuestionario único guiado por temas, lo cual permitió categorizar las distintas narraciones, pero a la vez su carácter semidirectivo permitió mantener cierta flexibilidad y apertura, conforme se iba desarrollando el habla de cada entrevistado. De otro lado, este tipo de entrevista aprehende aquello verdaderamente significativo para los sujetos, sus modos de ver la realidad y experimentar el mundo, facilitándoles la tarea de expresar sus puntos de vista (Glaser y Strauss, 1967), y posibilitando la incorporación de elementos que no estaban considerados en un comienzo de la investigación, pero que resultaron relevantes en las experiencias de trabajo-salud de los trabajadores.

Todos los participantes accedieron de manera voluntaria a la situación de entrevista y fueron informados de los objetivos de la investigación, de su contexto, y del uso que se le daría a sus declaraciones. Todas las entrevistas fueron transcritas de manera íntegra, sin cambiar el contenido ni el sentido del mensaje. Todos firmaron carta de consentimiento informado, donde se les informó del resguardo de sus identidades y se les aseguró anonimato. Los nombres y cualquier alusión que permitiría su identificación, fueron modificados.

IV.2 Diseño muestral

IV.2.1 Estrategia de muestreo

La estrategia de muestreo consistió en muestro teórico, donde es el analista quien, de acuerdo a decisiones teóricas y prácticas, selecciona, recoge, codifica y analiza su información y decide qué datos recoge, de quién, y dónde encontrarlos, respondiendo a las necesidades y objetivos internos de la investigación (Glaser & Strauss, 1967). El criterio de saturación de la información fue aquel que limitó la cantidad de entrevistas realizadas, el que determina su número según el investigador considere que la información comienza a redundar.

IV.2.2 Población de estudio

La población de estudio son los trabajadores asalariados del sector supermercadista de baja cualificación. El sector de supermercados permite indagar en el modo en que los procesos de reestructuración productiva y modernización empresarial ocurridos en las últimas décadas han impactado las experiencias laborales, el bienestar y salud, y las identidades de los trabajadores. A la vez, por la especificidad del tipo de trabajo que implica, es un espacio privilegiado para indagar en los nuevos perfiles de salud/enfermedad, así como también en aquellos más tradicionales. De otro lado, se conforma como ambiente laboral heterogéneo en cuanto a géneros, edad y tipos de trabajo (desde carnicería, panadería, cajeras, etc.). Y, por último, es un sector de trabajo con grados importantes de precarización en las condiciones de trabajo de sus empleados.

IV.2.3 Muestra trabajadores

El objetivo de esta tesis no fue realizar un estudio de caso en un supermercado, sino más bien capturar la diversidad de experiencias en trabajo-salud del sector, por ende, la muestra se conforma de manera heterogénea. Considerando lo anterior, los criterios de elección para la muestra de trabajadores fueron: a) pertenecer a las cadenas supermercadistas Jumbo o Lider, por ser las más grandes del país y concentrar a la mayoría de la fuerza laboral empleada en este sector; b) estar contratados directamente por la empresa con una antigüedad de al menos 3 años, para permitir el desarrollo de patologías y/o accidentes laborales; c) lograr la representatividad equitativa entre ambos sexos; d) pertenecer a distintas secciones, para capturar las experiencias y significaciones de los distintos grupos de trabajo; e) pertenecer a distintos grupos etareos; f) trabajar en la ciudad de Santiago, sin distinción de comuna; g) y haber tenido de accidentes y/o enfermedades ocupacionales. Este último criterio está basado en el testimonio de los trabajadores sobre el origen laboral del accidente y/o enfermedad, haya sido declarado o no como tal por el Sistema mutual.

Para resguardar la identidad de los entrevistados, se les cambió el nombre y se ocultó su empresa empleadora, de modo que la información sólo diferencia entre dos tipos de supermercados: A y B, y dos establecimientos distintos por supermercado: A1 y A2, y B1 y B2. Dado que el estudio no tiene como objetivo caracterizar ni diferenciar a las dos empresas supermercadistas (ni tampoco la información obtenida lo permite) este etiquetamiento no afecta en el resultado del análisis.

La muestra final consiste de 11 trabajadores entrevistados: 5 mujeres y 6 hombres, 2 de sección cajas, 3 de sección carnicería, 1 de fiambrería, 2 de panadería y pastelería, y 3 reponedores. De ellos, 8 son de supermercados B y 3 son de supermercados A. En la Tabla N°3 se resumen sus características principales³¹:

TABLA N°3. CARACTERIZACIÓN TRABAJADORES QUE COMPONEN LA MUESTRA

Nombre	Puesto/ Sección	Local	Edad	Antigüedad Supermercado	Antigüedad Trabajo	Problema de Salud
Carmen	Cajera	Supermercado B1	45 años	7 años	21 años	Tendinitis síndrome del túnel carpiano, Parálisis facial por estrés
Marcela	Cajera	Supermercado A1	46 años	5 años	5 años	Artritis reumatoide afectada en el trabajo. Tendinitis hombro
Julio	Carnicería	Supermercado B2	51 años	14 años	25 años	Accidentes varios. Trastorno Mental
Armando	Carnicería	Supermercado B2	52 años	14 años	25 años	Accidentes varios.
Marcos	Carnicería	Supermercado B2	54 años	14 años	14 años	Accidentes varios.
Mariana	Fiambrería	Supermercado B2	24 años	5 años	5 años	Accidentes varios. Molestias musculares y estrés
Rogelio	Panadería	Supermercado B2	33 años	9 años	17 años	Artrosis severa columna
Amanda	Pastelería	Supermercado B2	32 años	9 años	9 años	Tendinitis hombros. Problemas columna. Accidentes varios
Pablo	Reponedor General	Supermercado A2	28 años	4 años	4 años	Lesión muscular brazo
Adriana	Reponedor Frutas y verduras	Supermercado A2	35 años	2 años	2 años	Epicondilitis con inflamación del tendón
Jorge	Reponedor Frutas y verduras	Supermercado B2	50 años	14 años	14 años	Paro cardíaco

Fuente: Elaboración propia.

³¹ La entrevista a Rogelio y Amanda fue una entrevista doble. Ellos son esposos y ambos trabajaron juntos en la sección de Panadería y Pastelería del Supermercado B2.

En adelante, los nombres de los supermercados se abreviarán como SA1, SA2, SB1 y SB2.

IV.2.4 Muestra informantes claves

La investigación también abordó el desafío de comprender la gestión en SSO de la empresa, principalmente, y del sistema mutual, de manera tangencial. Para ello, se realizaron entrevistas a distintos informantes claves relacionados con el ámbito de la salud laboral al interior de la empresa, que entregaron un marco contextual de cómo se administra y se conceptualiza la salud laboral en los ambientes de trabajo, lo que permite sentar antecedentes y un contexto de interpretación. Además, estas entrevistas permitieron conocer cuál es el discurso oficial sobre salud laboral en la empresa. La guía de entrevista a informantes claves se basa en indagar en las condiciones de trabajo del local para los trabajadores, la situación de salud de los trabajadores del local, los modos de gestionar de la empresa la salud laboral y la percepción de cómo los trabajadores gestionan sus problemas de salud laboral.

La muestra total de informantes claves es de 12 entrevistados: 6 dirigentes sindicales, 2 prevencionistas de riesgos, 2 gerentes/administradores de local de supermercado (locales en los que se realizaron el mayor número de entrevistas para cada supermercado) y 2 Miembros del Comité Paritario. La Tabla N° 4 contiene el resume de información de los informantes claves. Todos pertenecientes a supermercados A o B de distintos locales. Se marcaron con asteriscos aquellas entrevistas que coinciden con locales donde se entrevistaron también a trabajadores.

TABLA N°4. CARACTERIZACIÓN INFORMANTES CLAVES QUE COMPONEN LA MUESTRA

Cargo	Nombre	Local
Dirigente sindical 1 (DG1)	Hombre	SB2*
Dirigente sindical 2 (DG 2)	Mujer	SA3
Dirigente sindical 3 (DG 3)	Mujer	SA4
Dirigente sindical 4 (DG 4)	Mujer	SA4
Dirigente sindical 5 (DG 5)	Hombre	SA5
Dirigente sindical 6 (DG 6)	Mujer	SB1*
Prevencionista de riesgos 1 (PR 1)	Mujer	SA6
Prevencionista de riesgos 1 (PR 2)	Hombre	SB2*
Gerente Local 1 (GL 1)	Hombre	SB2*
Administrador Local 1 (AL 1)	Hombre	SA2*

Miembro Comité Paritario 1 (CP 1)	Hombre	SB2*
Miembro Comité Paritario 2 (CP 2)	Hombre	SB2*

Fuente: Elaboración propia

IV.2.5 Estrategia de análisis de la información

La estrategia de análisis de la información consistió en análisis sociológico del discurso (Alonso, 1998), que posee a los discursos como centro de atención. Los discursos son “modos de hablar, escribir y, en general, de expresar, que llevan a los participantes de cualquier situación comunicativa a adoptar determinadas actitudes ante ámbitos de la actividad sociocultural” (Alonso, 1998, p. 202). El análisis sociológico de discursos supera la visión de la búsqueda de la esquematización y de la estructura subyacente al texto, y se interesa en la capacidad de acción de los discursos: lo que los discursos hacen y de lo que se “se hacen” los discursos. De esta forma, permite interpretar la realidad social vinculada a ellos, considerando de manera primordial a los sujetos y su subjetividad, pues los discursos son vistos como prácticas realizadas desde los intereses de distintos grupos y actores sociales y sus capacidades de intervención en los conflictos y en las negociaciones. Se centra en la interacción y conflictos entre grupos sociales (Alonso, 1998).

Esta estrategia de análisis permite indagar en las subjetividades y significaciones de los trabajadores, descubriendo las relaciones y conflictos entre los distintos actores entrevistados y/o que forman parte de la problemática (entre trabajadores y jefes/empresa/sistema mutual/pares/familia), y aprehender así la riqueza del problema entre trabajo, salud y subjetividad, en todos sus matices. Permite a su vez reconstruir sus prácticas frente a sus problemas de salud laboral, en la medida que considera a los discursos como resultantes/moldeadores de las prácticas y acciones realizadas por los distintos actores sociales (Alonso, 1998).

IV.2.6 Trabajo de campo y rapport

El trabajo de campo se realizó entre los meses de julio a noviembre del año 2015 en la ciudad de Santiago. Los casos fueron previamente ubicados a través de contactos personales y luego por método “bola de nieve”, que consiste en que los mismos entrevistados entregan otros posibles contactos. Todas las entrevistas se desarrollaron de forma presencial a través de tres modalidades: residencia del entrevistado, lugar de trabajo del entrevistado, lugar público previamente acordado. En relación al rapport, destaca la disposición de los participantes para concretar las

entrevistas, tanto de los trabajadores como de los informantes claves. La duración promedio de las entrevistas a trabajadores giró en torno a los 80 minutos, mientras que de los informantes claves entre 20 y 40 minutos.

IV.3 Operacionalización y plan de análisis

El análisis de las entrevistas a los trabajadores, en función de los objetivos de la investigación, giró en torno a cinco grandes ejes temáticos, observables en el Cuadro N° 2:

CUADRO N°2. EJES TEMÁTICOS Y DIMENSIONES DEL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Contexto en salud laboral	Condiciones de trabajo
	Condiciones en salud y seguridad ocupacional
	Problemas y estados de salud
	Historia laboral
	Historia en SSO
Gestión empresa-mutual	Discurso
	Políticas y programas
	Actores
	Estrategias
Prácticas y sentidos de los trabajadores	Conductas en problemas de salud
	Sentidos a sus problemas de salud
	Conductas frente a gestión empresa-mutual
	Sentidos frente a gestión empresa-mutual
Significados salud-trabajo	Significados sobre el trabajo y su centralidad y valoración
	Significados sobre qué es la salud
	Significados sobre qué es un trabajador sano
	Significados causas relación trabajo-salud
	Significados riesgos relación trabajo-salud
Identidad trabajo-salud	Percepción de sí mismos
	Percepción de los otros
	Percepción de desempeño en el trabajo y familia
	Percepción de proyecciones a futuro

Fuente: Elaboración propia

El primero, **“Contexto en salud laboral”** describe la situación de salud y las condiciones laborales de los trabajadores entrevistados. A lo largo de este estudio se ha establecido cómo la organización laboral determina en gran medida los estados de salud de las poblaciones, de manera que, para comprender los perfiles de salud-enfermedad, es necesario ahondar en la organización de sus puestos de trabajo, tareas, horarios, cargos, puestos, y tipo de trabajo cotidiano al que están expuestos, que incluye elementos como la relación con los jefes, relación con compañeros, percepción ritmos y cargas de trabajo y cualquier otro elemento que caracterice las condiciones de trabajo en las que están insertos.

Informa a su vez sobre sus trayectorias laborales y familiares, y nivel de capacitaciones y nivel educacional, elementos que permiten caracterizarlos y comprender de mejor manera su experiencia en trabajo-salud. De otro lado, da a conocer las condiciones en SSO que existen en sus puestos de trabajo, referentes a capacitaciones, conocimientos, programas de prevención, beneficios, cobertura médica, protección social, existencia de elementos de protección, etc. Estos aspectos influyen de manera importante en sus niveles de protección. Finalmente, describe los estados de salud de los trabajadores entrevistados, los accidentes y enfermedades que han tenido en sus lugares de trabajo en el desarrollo de su función (cajera, carnicero, reponedor/a, etc.), y los síntomas de cansancio, fatiga, envejecimiento, y otros que ellos consideren importantes respecto a sus estados de salud.

El segundo, **“Gestión empresa-mutual”** examina el conjunto de operaciones, dispositivos, estrategias y discursos que despliega la empresa, por un lado, y la mutual, por otro, en relación a los accidentes y enfermedades laborales de sus empleados. La empresa posee un plan de acción en casos de siniestros laborales, ya sea para su prevención o para su tratamiento. De acuerdo a la revisión de antecedentes realizada, las empresas y mutualidades desarrollarían una serie de estrategias para evitar la declaración de enfermedades y accidentes como laborales. Para ello, este apartado describe a los actores involucrados en la gestión en SSO, y las políticas y programas que desarrolla la empresa en salud laboral. Para el desarrollo de esta dimensión, se utilizaron las entrevistas a informantes claves y a trabajadores.

El segundo, **“Prácticas y sentidos de los trabajadores”** analiza las prácticas, en su definición más general como comportamientos, conductas, acciones y tácticas que desenvuelven los trabajadores para gestionar sus experiencias de trabajo-salud. Tiene que ver con cómo tratan, enfrentan, conviven, y se comportan frente a sus problemas de salud laboral, pero también cómo

les dan sentido. Estas prácticas van a responder, cómo veremos más adelante, a la gestión de la empresa y mutual sobre ante sus accidentes y enfermedades ocupacionales, pero también a sus propias creencias, significaciones y sentidos sobre el trabajo, la salud, y su vínculo.

El cuarto, **“Significados en salud-trabajo”** profundiza en tres dimensiones principales: significados sobre el trabajo, significados sobre la salud y significados sobre la relación entre trabajo y salud. **“Significados trabajo”** indaga en la centralidad, valoración y satisfacción del trabajo en las percepciones de los entrevistados, y cómo el problema de salud laboral afecta en tales significaciones, así como en la articulación de sus trabajos con su vida cotidiana y proyectos de vida. **“Significados salud”** analiza las percepciones de los trabajadores sobre lo que entienden por salud, por salud laboral, sobre lo que es un trabajador sano, sus propios estados de salud, y el sistema sanitario en general y el laboral en particular. **“Significados relación salud-trabajo”** profundiza en las percepciones que tienen los trabajadores sobre los riesgos que conlleva su trabajo, sobre cuáles podrían ser las causas de sus problemas de salud, sobre la incidencia del trabajo en sus problemas de salud, y sobre cuál es la relación que perciben entre su trabajo y su salud.

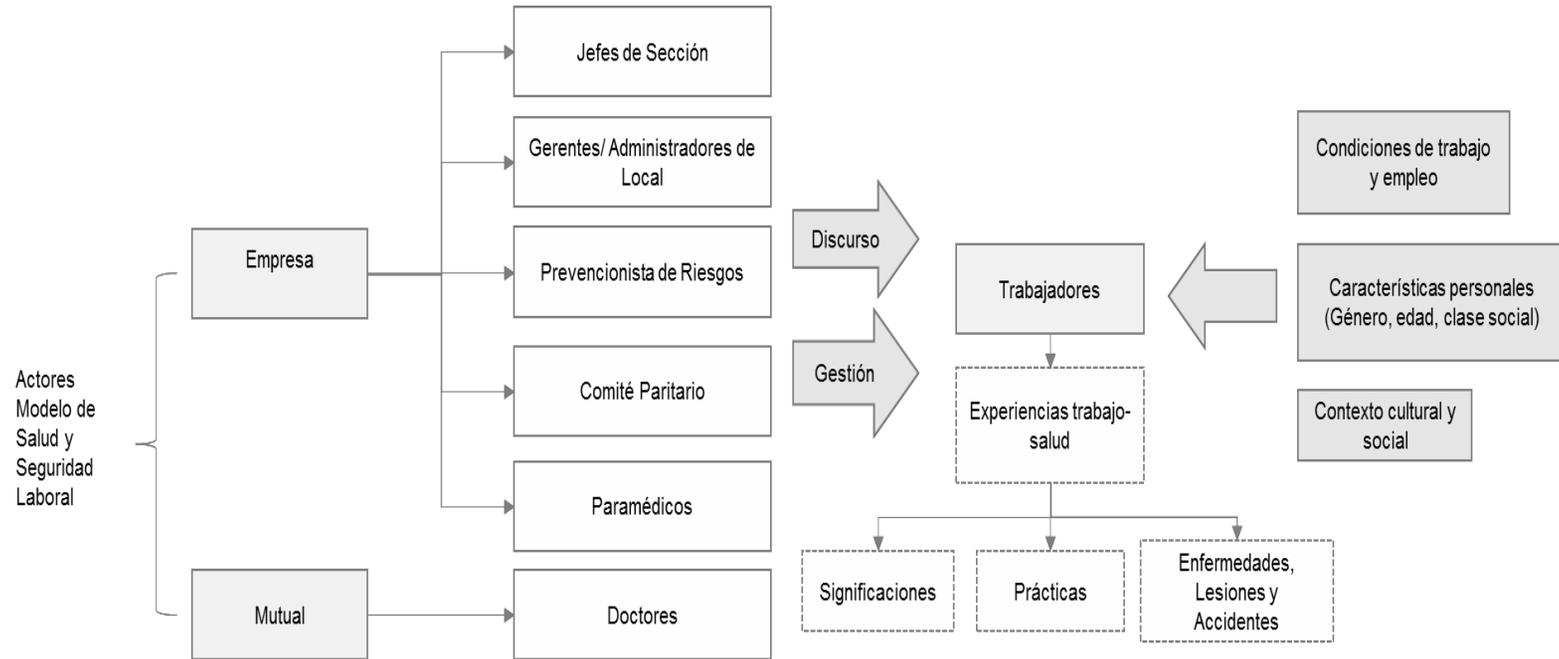
El quinto, **“Trabajo, salud e identidad”** analiza en cómo los problemas de salud laborales afectan en la construcción de identidades de los sujetos, y viceversa. De acuerdo a la revisión bibliográfica, los problemas de salud afectarían en las percepciones de los sujetos sobre sí mismos, en las relaciones con los otros, y en cómo se desenvuelve en su trabajo. Para Garabito (2005), la identidad es uno de los fenómenos que mejor muestran la compleja relación recíproca entre las estructuras y los sujetos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se desarrollan los resultados del análisis de las entrevistas realizadas, intentando presentar la información en función de los objetivos de la investigación, dividiéndose en 5 ítems principales que dan cuenta de: la gestión y discurso de la empresa en SSO; los sentidos y prácticas que despliegan los trabajadores sobre sus problemas de salud laboral; las significaciones del trabajo, la salud y la relación entre ambas; y los vínculos entre trabajo, salud e identidad. A ellos se les suma un primer acápite de contextualización y caracterización de los trabajadores y sus condiciones de empleo, trabajo y salud.

La relación entre cada ítem se explica en el Cuadro N°3. Por un lado, se encuentran las condiciones de empleo y trabajo y organización laboral del sector supermercado, las características personales de los trabajadores, y su contexto cultural y social. Por otro, se observan a los actores del modelo SSO, que son la empresa y la mutual, con sus respectivos representantes. Estos desarrollan un discurso y una gestión en SSO, dirigidos a los trabajadores. Todos estos elementos van a convergir en una determinada experiencia de trabajo-salud, que va a implicar un perfil de salud/enfermedad, pero también la construcción de significaciones y prácticas propias respecto a salud laboral, con los efectos que ello posea en la configuración de las subjetividades e identidades de cada trabajador.

CUADRO N°3. ACTORES Y VÍNCULO CON RELACIÓN TRABAJO- SALUD EN SUPERMERCADO



Fuente: Elaboración propia.

V.1 Contexto de trabajo-salud en supermercado

En este capítulo se caracteriza a los entrevistados, sus características personales, condiciones y puestos de trabajo, y problemas de salud laborales, elementos que en su conjunto se configuran determinadas “experiencia salud-trabajo”.

V.1.1 Caracterización general entrevistados

Los trabajadores entrevistados tienen entre 24 y 56 años (ubicándose la mayoría entre los 35 y 55 años) siendo 5 mujeres y 6 hombres. Todos con contrato estable, contratados directamente por la empresa, jornada completa (a excepción de Pablo, quien es estudiante y tiene contrato de fin de semana nocturno). En cuanto a su trayectoria laboral, se conforman dos grupos: uno que lleva casi toda su vida laboral trabajando en su función actual y/o en supermercado, y otro que tiene menos de 5 años de experiencia en su puesto de trabajo y en supermercado (ver Tabla N° 4). En el primero predominan los hombres trabajadores de “oficio”, y en el segundo, las mujeres. Todos los trabajadores están afiliados al sistema FONASA, y además a los seguros de salud complementarios de las empresas respectivas, de los que relatan haber obtenido múltiples beneficios.

V.1.2 Las secciones como mundos de experiencias particulares

Uno de los hallazgos de la investigación es la importancia de las secciones en las experiencias de trabajo-salud de los entrevistados. Las entrevistas corresponden a las secciones de cajas, carnicería, fiambrería, panadería y pastelería, reposición general y reposición de frutas y verduras. Cada sección se configura como un mundo aparte, con espacios físicos y simbólicos delimitados, que poseen sus propias particularidades y tipos de trabajo. Stecher, et al. (2010) en su investigación del sector supermercadista concluye que: “la sala de ventas de un supermercado es un espacio internamente diferenciado, donde las diversas secciones operan como micro mundos y particulares anclajes de la cotidianeidad laboral” (p. 528). La división en secciones determina distintas exigencias y cargas laborales, traduciéndose en patologías particulares, pero también implican diversos estatus, relaciones con superiores y empresa empleadora, con colegas y clientes, grados de precariedad y de reconocimiento social. Estos elementos, cómo veremos, serán concluyentes a la hora de construir significaciones y prácticas en trabajo-salud, en la medida que significan distintas vivencias en sus problemas de salud laboral.

Por estas razones, las entrevistas dan cuenta de una heterogeneidad de experiencias sobre trabajo-salud, dadas las diferencias de edad, sexo y secciones. En la tabla N°5 a continuación se resumen las características principales de los trabajadores:

TABLA N° 5. CARACTERIZACIÓN POR SECCIÓN Y ENTREVISTADO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD.

	Características personales	Antigüedad (en función y en local)	Lesiones, accidentes y enfermedades laborales	Condiciones de trabajo	Perfil trabajo-salud-enfermedad
Cajeras	Carmen, 45 años, Supermercado B1	7 años en local y 21 años como cajera	Tendinitis Síndrome del túnel carpiano; Parálisis facial por estrés	Sección feminizada y altamente individualizada. Contacto permanente con el cliente, que genera altos niveles de presión y estrés. Sistema de vigilancia intenso a través de supervisores y sistema de cajas registradoras. Comisión por productividad y estricto control de los tiempos de trabajo. Deficiente estado en maquinarias y herramientas de trabajo. Extensas jornadas laborales, sin descanso. Sin capacitaciones.	Trabajo inmóvil, repetitivo tecleo en caja registradora y traslado de mercancía y productos pesados, interacción amable y sonriente con el cliente, exposición a ladrones, manejo de dinero. La repetición de estos movimientos puede causar dolores en la parte baja de la espalda, enfermedades de las extremidades inferiores, y lesiones por movimientos repetitivos, como tendinitis, síndrome del túnel carpiano, tendosinovitis, síndrome de la salida torácica y problemas en la cadera, piernas y pies
	Marcela, 46 años, Supermercado A1	5 años en local en sección cajas.	Artritis reumatoide afectada en el trabajo; Tendinitis hombro		
Carnicería	Julio, 51 años, Supermercado B2	14 años en local, más de 20 años en el oficio de carnicería	Accidentes varios; Trastorno Mental; Hernia Lumbar	Sección masculinizada. Buen estado de maquinaria y herramientas de trabajo. Equipo de trabajo consolidado y buena relación con jefes y superiores. Relativa autonomía para realizar su trabajo. Satisfacción general con sus condiciones de trabajo y sueldo. Categoría de “maestros”, con amplio reconocimiento y estatus en el supermercado. Constantes capacitaciones.	Trabajo con maquinaria y herramientas altamente riesgosas (máquinas pesadas, cuchillos afilados, sierras, afiladoras, etc), y exposición al frío por cámaras de congelamiento. Realización de distintas fuerzas (mover y cortar kilos de carne). Una minoría trabaja en mesón de atención al cliente. Tienen riesgos de cortes y pérdida de extremidades, de TME por movimientos repetitivos, de problemas a la columna y los huesos, de infecciones por parásitos de animales y trastornos por traumas de cortes, amputaciones, y otros.
	Armando, 52 años, Supermercado B2		Accidentes varios; Tendinitis codo		
	Marcos, 54 años, Supermercado B2		Accidentes varios; Dolores musculares		

Panadería y Pastelería	Rogelio, 33 años, Supermercado B2	9 años en local y 17 años como panadero	Artrosis severa columna; Depresión por hostigamiento laboral	Sección mixta, con proporciones similares entre hombre y mujeres. Por un lado, buen equipo de trabajo, buen clima laboral, y conformación de identidad de "oficio". Por otro, deficiente estado de maquinaria y herramientas de trabajo, aumentos de carga laboral, mal trato de algunos superiores, control del tiempo de trabajo, pocos periodos de descanso. Bajas capacitaciones.	Realización de fuerzas al amasar y levantar grandes sacos de harina, azúcar, sal y otros. Frecuentes cambios de temperatura entre el frigorífico y los hornos. Riesgos al inhalar químicos de polvos de harina y otros. Solo la minoría se encuentra en contacto con el cliente. Riesgos de desarrollo de TME, problemas a huesos y columna, enfermedades a la piel, y trastornos respiratorios por inhalación de agentes tóxicos.
	Amanda, 32 años, Supermercado B2	5 años en local en sección pastelería	Tendinitis hombros; Problemas columna; Accidentes varios		
Fiambrería	Mariana, 24 años, Supermercado B2	5 años en local en sección fiambrería	Accidentes varios; Molestias musculares; Estrés	Sección feminizada. Buen estado de maquinaria y herramientas de trabajo. Mal ambiente laboral por relación con compañeros de trabajo. Fuertes presiones por atención al cliente, control de tiempos, intensificación de carga laboral. Bajas capacitaciones.	Realización de fuerzas al trabajar cortando y trasladando fiambres. Trabajo riesgoso con elementos afilados. Intensa atención al cliente. Riesgos de cortes, de TME, y problemas a huesos y columna, trastornos de estrés, infecciones por parásitos en productos animales y traumas por cortes y amputaciones.
Reposición	Pablo, 28 años, Supermercado A2	Estudiante, trabajo fines de semana. 4 años en local.	Lesión muscular brazo	Sección mixta. Constante contacto con cliente. Buenas herramientas y maquinaria de trabajo. Aumento de carga laboral. Polifuncionalidad. Buena relación compañera y superiores en general. De las secciones con condiciones de trabajo más variadas.	Realización de fuerzas por el traslado y reacomodación constante de cajas y mercancía pesada. Riesgos de caídas desde alturas, tropezos y de aplastamiento por objetos pesados. Riesgos de contraer TME por movimiento repetitivos, problemas a los huesos y columnas, accidentes graves, y trastornos de estrés por contacto con cliente.
	Adriana, 35 años, Supermercado A2	2 años en local en sección reposición	Accidentes varios; Epicondilitis con inflamación del tendón		
	Jorge, 50 años, Supermercado B2	14 años en local en sección reposición	Paro cardíaco		

Fuente: Elaboración propia.

V.1.3 De los privilegiados a los precarizados

A pesar de esta heterogeneidad en las secciones, es posible identificar dos tipos de experiencias en salud laboral entre los entrevistados: una se relaciona con condiciones precarizadas en trabajo y salud, y la otra con condiciones privilegiadas. Éstas experiencias se ilustran de manera ideal en el contraste de dos secciones del supermercado: cajas y carnicería.

V.1.3.1 Cajeras: precarización y vulnerabilidad

La sección de cajas es la que posee la mayor percepción de precarización y peores estados de salud, a pesar de ser una de las secciones que implica menos riesgos (en comparación a secciones que trabajan con elementos cortopunzantes o maquinaria pesada). En las cajeras predomina un relato de soledad, abandono y desvalorización, producto de sus malas condiciones de trabajo, con las que tienen que “arreglárselas como pueden” para cumplir su labor, lo que las hace sentir denostadas y vulnerables a cualquier situación, incrementando sus percepciones de malestar y angustia:

A la jefa de caja: “jefa hay sillas malas, hay sillas que le falta una rueda o se van muy pa atrás”. Hay compañeras que se echan en la silla y se van pa atrás, la sueltan. Pero nadie se preocupa de arreglarlas. No hay una mantención de cajas. Que de repente tú venis a trabajar y tu caja se echa a perder. Se cayó, no funciona, no pasa un cheque, no imprime. Pero no hay una mantención. Yo de los años que llevo, jamás han hecho una mantención en caja, o que nos cambien las máquinas, nada. Las Charly tratan de ellas arreglarlas por lo que ellas saben, desconectar un cable y después conectarlo de nuevo. Botarla, reiniciarla. Pero así que haya una preocupación de que tu caja esté en condiciones para trabajar, no, nunca
(Marcela, Cajera, SA1)

Al mismo tiempo, están sometidas a una fuerte presión y vigilancia por las jefaturas para que sean rápidas, asociado al hecho que manejan dinero y son una de las caras más visibles del supermercado, en una posición estratégica de venta y servicio al cliente. Aparte, el sistema de cajas registradoras computarizado contabiliza sus tiempos de productividad y descanso, por el que son evaluadas a fin de mes. Para ellas, es un sistema injusto que aumenta su carga laboral, pues vigilan y contabilizan “tiempos muertos” (ir al baño, sin flujo de clientes, almuerzo), afectando su continuidad en la empresa y su salario. Parte importante de su remuneración es por bonos de productividad, llegando a bajar, según el testimonio de una cajera, de \$170 mil de comisión a \$115 mil si les toca una caja con poco flujo o es un día “malo”. Las cajeras refieren intensos periodos de malestar, monotonía, cansancio, agotamiento, y diversos problemas de salud

que les provocan dolores y lesiones difíciles de sobrellevar. Su trabajo individualizado, con poco contacto con otras compañeras, acentúa esta percepción. Conjuntamente, se encuentran entre los trabajadores entrevistados que tienen menor cantidad de reconocimiento de sus problemas de salud por parte del sistema mutual y de la empresa. Tampoco han recibido algún tipo de capacitación:

El cansancio, el agotamiento, el hostigamiento que hay que hay que ser rápido. Hay mucha gente que está agotada, que está cansada (Carmen, Cajera, SB1).

De las cajas no, somos como lo principal, pero al mismo tiempo la última chupada del mate. Nadie anda pendientes de nosotros de cómo estamos, en qué condiciones estamos. Se echa a perder una caja y esa caja no te la dan porque está mala. Te dan otra o cámbiate de caja y de repente vienen de un lugar a arreglarla. Y arreglaron lo que hay que arreglar. Pero no la limpian, no la sacan, no ponen otra cosa nueva. Nada de eso (Marcela, Cajera, SA1)

V.1.3.2 Trabadores de “oficio”: satisfacción laboral

Situación contraria es la de los trabajadores de sección carnicería, quienes llevan trabajando juntos 14 años, conformando un equipo de trabajo consolidado, con características similares (hombres, mediana edad, padres de familia). Se identifican con la denominación de “maestros” por la cual dicen sentirse respetados en la empresa, por sus compañeros, por sus familias, e incluso por los clientes, ocupando una posición de estatus dentro de las dinámicas del supermercado. Tienen un discurso de satisfacción con su labor, y con sus condiciones de trabajo. A pesar de que a veces cuentan con condiciones adversas, en ellos predomina una fuerte identidad ligada a su oficio, que les confiere realización con su trabajo. Se sienten útiles y valiosos en su trabajo, sensación de utilidad que es reforzada pares y superiores:

Sí, yo creo que la mayoría de la gente se siente satisfecha, porque a nosotros nos cambian de uniforme cada dos veces en el año, en invierno y verano. Si se te rompen los bototos te los cambian, lo mismo con los guantes, si se me pierde me ponen otro (Armando, Carnicero, SB2)

Este tipo de trabajador tienen características y condiciones de trabajo particulares. En primer lugar, poseen ciertos grados de autonomía, contando con la confianza de sus superiores. Se sienten capacitados para tomar decisiones que muchas veces van contra las órdenes de sus jefes o reglamentos de la empresa, porque piensan que es lo mejor para el supermercado o para ellos

mismos. En este sentido, tienen mayor empoderamiento para cuidar también de sus estados de salud.

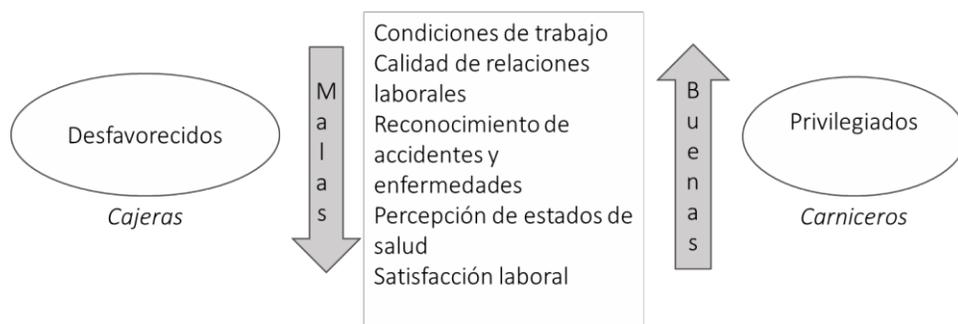
En este grupo también se puede incluir a Jorge y Pablo, reponedores, SB2 y SA2 respectivamente que, a pesar de no tener un oficio, han ido creando una carrera al interior del supermercado, asumiendo cargos de responsabilidad y “profesionalizando” su labor. Ellos destacan la posibilidad de crecimiento personal que les otorga su trabajo en específico, valorando los aprendizajes obtenidos como aprendizajes personales.

Pero por estar trabajando en un supermercado yo siento que el trabajar en un supermercado me permitió el explayarme más como persona. Me permitió aprender lo que es trabajo en equipo. Y lo que es la dirección de un equipo, cosas que antes yo no dominaba (Pablo, Reponedor, SA2).

V.1.4 Del contraste a la unificación de las experiencias: el cansancio y el agotamiento

Cómo se observa, el relato de cansancio, agotamiento y precarización de las cajeras se opone al relato de satisfacción, realización y posición privilegiada de los carniceros. Al mismo tiempo, se oponen sus experiencias en salud: las cajeras tienen mayor percepción de malos estados de salud, y menor reconocimiento de sus accidentes y enfermedades laborales, mientras los carniceros tienen mejor percepción de sus estados de salud, y mayor reconocimiento en la empresa y el sistema mutual de sus siniestros. A la experiencia de las cajeras la hemos denominado como de “trabajadores desfavorecidos” y a la experiencia de los carniceros como “trabajadores privilegiados”, y funcionan en el análisis como *tipos ideales* de experiencias en salud-trabajo, en las que los otros trabajadores van a ir fluctuando con ciertos matices (ver Cuadro N° 4)

CUADRO N°4. COMPARACIÓN TRABAJADORES DESFAVORECIDOS Y PRIVILEGIADOS



Fuente: Elaboración propia

A pesar de estas diferencias, hay experiencias que unifican las distintas secciones en torno a la categoría de “trabajadores de supermercado”: todos los trabajadores (incluso los que tienen condiciones privilegiadas de trabajo y salud) cuentan sentirse cansados productos de las jornadas laborales (sobre todo los fines de semana), la presión que significa la atención al cliente, la rapidez exigida en realizar las tareas y la concentración emocional y mental que ello implica. Este cansancio generalizado también es provocado por el hecho de que, como cuentan todos los entrevistados, ha habido significativa reducción del personal en los últimos años, de modo que actividades que antes hacían entre 15 trabajadores, ahora los deben hacer entre 6, aumentando la carga laboral en todas las secciones. Otros elementos en común que se destaca es la sensación de encierro y los problemas de salud en común, como lo son las deficiencias auditivas por exceso de ruido, trastornos musculo esqueléticos y trastornos de estrés. Pero, por, sobre todo, las sensaciones de cansancio y agotamiento mental y físico.

V.2 Gestión de la Empresa y Sistema Mutual en Salud y Seguridad Ocupacional

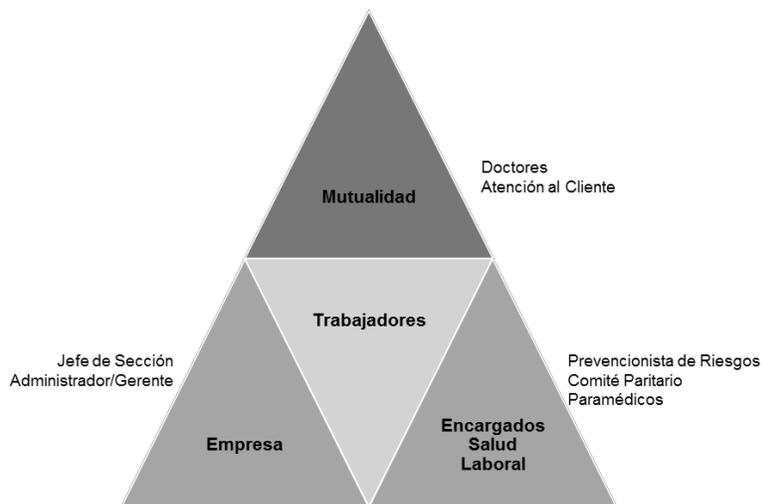
Se estableció en la revisión teórica (Capítulo III.3) que

El sistema sanitario, los códigos y lenguajes de la medicina oficial, así como el discurso médico moderno en salud laboral (tanto en sus aspectos públicos como de mercado), van conformando, parcialmente, las significaciones y prácticas relativas a salud de los individuos y su experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad (Castro, 2002). Al respecto, el modelo SSO se erige desde un paradigma determinado³², que le proporciona supuestos teóricos específicos a su objetivo de disminuir y/o erradicar los accidentes y enfermedades ocupacionales. Este paradigma implica necesariamente formas de gestionar y pensar los problemas de salud ocupacional, a los que fue posible acceder a través de las entrevistas a distintos informantes claves y las experiencias relatadas por los trabajadores, en los que se profundizará a continuación en este apartado.

Es necesario apuntar que hay tres tipos de actores mencionados por los trabajadores, que son parte de sus experiencias en trabajo-salud. Primero, se encuentra el Sistema Mutua, representado por la mutualidad a la que está adjunta su empresa (ACHS y Mutua de Seguridad), en la que destacan la atención al cliente, y el trato con el doctor, responsable del reconocimiento laboral/no laboral de su problema de salud. Segundo, la misma empresa, la que determina sus condiciones de trabajo, gestión en salud laboral y posibilidad de asistencia con la mutualidad. En ella son especialmente importante los jefes de sección. Y, por último, los que en este estudio se denominan como “encargados en SSO”, entre los se encuentran: el Previsionista de Riesgos (PR), que cumple un papel intermedio empresa y sistema mutua y cuya función es la gestión de planes de salud laboral en la empresa; el Comité Paritario (CP), entidad formada por trabajadores y el PR; y, en menor medida, los administradores o gerentes de local y los paramédicos (ver Cuadro N°5). Éstos están ubicados al interior del espacio laboral, es decir, de la empresa, por ende, se van a considerar como parte de la gestión realizada por la misma. Estos actores en su conjunto van a ir conformando la experiencia de trabajo-salud de los trabajadores a través de dos elementos: su gestión y discurso en salud laboral.

³² El concepto de paradigma se comprende como un conjunto de axiomas y supuestos teóricos compartidos por una comunidad científica que durante cierto tiempo proporciona modelos de problemas y soluciones (Khun, 2011).

CUADRO N°5. ACTORES SISTEMA MUTUAL Y EMPRESARIAL



Fuente: Elaboración propia

Los sindicatos, cómo se observa, no son un actor relevante en las experiencias de salud ocupacional de los trabajadores. Entrevistas a informantes claves y trabajadores, incluidos dirigentes sindicales, señalan que la salud laboral no es una preocupación especial en sindicatos del sector supermercado. De otro lado, los trabajadores entrevistados en pocas ocasiones recurren a ellos por apoyo. De hecho, muchos de ellos piensan que no es tarea del sindicato encargarse de asuntos de SSO.

V.2.1 Gestión de la empresa en SSO

La empresa despliega una serie de estrategias orientadas a gestionar los problemas de salud en el espacio laboral. A continuación, se revisarán los más significativos para las experiencias de los trabajadores:

V.2.1.1 El contraste entre un enfoque en prevención de riesgos y el descuido de las condiciones de trabajo

La gestión en SSO de la empresa se centra, de manera casi exclusiva, en la prevención de riesgos. Entrevistas a los PR y miembros del CP, indican que el foco de la empresa es formar una “cultura preventiva”, para lo que desarrollan un plan de acción que, en ambos supermercados, sigue en general una misma orientación. Éste consiste principalmente en distintas campañas de prevención, capacitaciones dirigidas, y distintas visitas a terreno (donde se pasean por las

secciones en busca de situaciones/elementos riesgosa/os). La mayoría de estos planes se limita a la entrega de diversos folletos y/o afiches, mientras que las capacitaciones son generalmente a uno o dos trabajadores (si es que no al jefe de sección), para que traspasen la información a sus compañeros. Además de ello, se destacan algunas transformaciones ergonómicas para mejorar las condiciones del puesto de trabajo, como cambiar los altos de balanzas para pesar, cambiar altura de sillas, uso de cascos, guantes de mallas de acero, etc. Son pocas las campañas/capacitaciones realizadas de maneras masivas a los trabajadores, debido a la imposibilidad de detener la producción de toda una sección para capacitarla. Como resultado, hay una ausencia generalizada de conocimientos e interés en salud laboral. Las cajeras, por ejemplo, carecen totalmente conocimientos sobre riesgos en el trabajo, ya que la gestión en SSO sólo se concentra en secciones como carnicería, panadería y reposición, consideradas más riesgosas. En las entrevistas, los únicos con amplio conocimiento sobre salud laboral fueron los carniceros. Para muchos, la única “capacitación” que les enseñó cómo realizar su trabajo fue la recibida por sus mismos compañeros, que no implica necesariamente conocimientos sobre salud laboral³³.

Parte de las responsabilidades de la empresa en SSO es resguardar condiciones de trabajo adecuadas para evitar daños a la salud, pero éste fue el ámbito menos mencionado por informantes claves y trabajadores. Al respecto, existe entre los trabajadores la queja de la falta o fallas constante de las herramientas y maquinarias necesarias para realizar su trabajo de forma eficaz³⁴. Aun en el caso de recibir capacitaciones en SSO, son consideradas inútiles por los trabajadores, pues no poseen las herramientas, el tiempo y el apoyo para seguirlas. Esto incide en sus condiciones de salud, ya que reciben presiones (de administradores y jefes de sección) para completar las metas productivas del día, independiente de sus condiciones de trabajo, lo que se convierte en un riesgo:

Pero yo creo que por eso, la presión de trabajar, que es lo que nosotros siempre alegamos, maquinas malas y tenís poco material y tenís que sacar la pega igual porque la administradora igual se pasea, y te dice: no, es que tiene que tener lleno afuera (Amanda, Pastelera, SB2)

³³ De hecho, es una política de empresa de supermercados la responsabilidad de los trabajadores antiguos de capacitar a los nuevos. Para ellos, es vivido como un aumento de su carga laboral, pues no reciben ningún tipo de compensación, y tienen que cumplir con su productividad diaria.

³⁴ Sólo los carniceros del Local SB2 relatan tener buenas maquinarias y herramientas de trabajo y una preocupación de su jefe de sección.

Sí, todos los días hay una charla como de 5 minutos, como se seguridad, como a las 8 de la mañana juntan a la gente y hacen una charla de 5 minutos generalmente de seguridad. Y le dicen a la gente lo que pueden hacer, lo que no deben hacer, todo. Pero, aunque la gente, tú puedes cumplirlo como trabajador, pero también tienes que tener los medios... (DG 4, SB2).

Los dirigentes sindicales indican una “excesiva burocracia” ante cualquier petición de mejoras/cambios de las maquinarias, herramientas o condiciones de trabajo, pudiéndose demorar hasta meses, o negándola aludiendo a la falta de presupuesto.

V.2.1.2 Hostigamientos y “malas caras”: barreras para la denuncia de enfermedades y accidentes laborales

La gestión en SSO de la empresa se concentran de manera casi exclusiva en prevenir accidentes de trabajo. Esta información concordaría con la entregada por la encuesta ENCLA 2014, que señala que las capacitaciones sobre accidentes son del 60%, y las de enfermedades profesionales el 45,9%.

De acuerdo a los testimonios de los trabajadores entrevistados, la empresa sólo los ha derivado a la mutualidad en caso de accidente de trabajo o problema de salud que haya interrumpido el proceso productivo, esto es, en caso de lesiones que impidan al trabajador continuar trabajando. Ningún trabajador fue enviado a la mutual por dolores musculares u óseos, por episodios de estrés o por señalar tener algún tipo de tendinitis, lumbago, tensión muscular, etc. Esto se debe a que se considera que los problemas de salud en el trabajo son responsabilidad y negligencia exclusiva del trabajador, tienen un origen extra-laboral, o simplemente es un inconveniente para la empresa enviarlos a la mutualidad. Son los jefes de sección, los PR o los miembros del CP los que tienen la facultad de derivar a la mutualidad, y de decidir, tras una investigación, si el accidente o la enfermedad profesional se debió a negligencia inexcusable del trabajador.

En las experiencias de los entrevistados, esto se traduce en la imposibilidad de asistir a la mutualidad, y por ello, de acceder a la cobertura del seguro y de un tratamiento acorde:

Sí, al encargado de la panadería, tiene una hernia en la espalda, también. Porque, hombres, levantan cosas, no se miden en sus fuerzas, llegan y hacen, y el otro día corriendo un mueble dentro del local, quedó... empujó el mueble y así quedó y no se pudo mover. Y, de hecho, ni siquiera lo quería mandar a la mutual porque como ya tiene antecedentes que tiene una hernia. Entonces, hiciste una fuerza mal hecha y es culpa tuya (Amanda, Pastelera, SB2)

E: ¿Y usted fue a la Mutual?

S1: Lo que pasa que aquí nunca me dijeron... siempre me mandaron a médico particular, porque lo mío supuestamente no era laboral.

E: ¿Del SB2 lo mandaban a?

S1: Del SB2

E: Al prevencionista de riesgos...

S1: El prevencionista de riesgos nunca lo veía. Yo siempre veía por ejemplo a los paramédicos, que era el Marcos Ángel que todavía sigue y la otra... la Paula... y los dos me decían: no podemos hacer nada porque lo tuyo no es laboral. Y siempre se tiraban la pelota uno con otro y tuve que hacer todo particular. Pero eso era laboral (Rogelio, Panadero, SB2)

En estas ocasiones, se insta al trabajador a continuar trabajando, y si se siente incapacitado, a tomarse el resto del día libre o asistir al médico particular en horario no laboral. Algunos entrevistados identifican estos comportamientos como “barreras” para asistir a la mutual, que los desaniman, y prefieren tratarse con médicos particulares. Así lo confirman el testimonio de Amanda, pastelera, y de Carmen, cajera, a quienes se les prohibió asistir a la mutual en horario de trabajo, y se les instó a ver a médicos particulares una vez terminada su jornada laboral:

No sé po, a mí me ha dado dermatitis con el jabón, con los detergentes, no, y un aceite de oliva me pasaron al otro día, porque para no mandarme a la mutual, porque hay que hacer un estudio de esto, un estudio de lo otro. Entonces, al final uno opta por verse afuera porque ellos ponen como muchas barreras (Amanda, Pastelera, SB2)

El lunes fui a trabajar, y trabajé, y me empecé a sentir igual mal, y me dolía mucho la cabeza, mucho mucho, tomé de todo y me dolía, y empecé a sentirme cansada y agotada. Y después llamo a la jefa, y le digo “¿Por qué no me pide permiso para retirarme? Necesito ir al hospital, me duele mucho la cabeza y se me está durmiendo la cara” Y me mandan a decir que me retire a las nueve y eso fue como a las ocho, porque yo esperé, esperé, esperé para no irme tan temprano, pero nunca pensé que me iban a decir que no (Carmen, Cajera, SB1)

Los trabajadores también señalan como dificultad el hecho de recibir “malas caras” de superiores a la hora de asistir a la mutual, y temer futuras represalias:

E: ¿Nunca ha ido a la Mutual? ¿Ni siquiera a decir: ¿hola, me duele...?

S2: No, porque si uno no va derivada del mismo trabajo...

S1: Le ponen así un caracho.

S2: De hecho, una vez yo me caí en la escalera, entrando, me pisé la falsa, y me tropecé y el paramédico me puso una venda y vaya a trabajar, pero me siguió el dolor, y como manejaba el brazo y todo fui particular y me enyesaron la mano, tenía un esguince. Y le fui a decir a la de recursos humanos: me caí aquí en la escalera. Me mandaron a la Mutual y caras por todos lados, pero cómo. Investigaron, sacaron hasta prácticamente reconstitución de escena para ver si yo... si el accidente había sido de trayecto o no (Rogelio, Panadero; Amanda, Pastelera, SB2).

En estas prácticas se vislumbra que la empresa la que tiene el control de decidir el origen laboral/no laboral de un problema de salud, ya que por medio de ellas determina la posibilidad del trabajador de asistir o no al sistema mutual.

V.2.1.3 Negociando con los jefes de sección: cambios de sección y permisos.

Un hallazgo interesante es que el funcionamiento de los dispositivos de salud laboral depende, en gran medida, del interés y preocupación en salud ocupacional de los encargados en SSO de cada local. No en todos los supermercados el PR y el CP tiene la misma presencia en los problemas de salud de los trabajadores. De hecho, hay trabajadores que a pesar de haber tenido accidentes y/o enfermedades ocupacionales, no los conocen. En este contexto, el jefe de sección es, en todos los casos entrevistados, el actor más relevante en sus experiencias de salud-trabajo. Los jefes de sección son los responsables del trabajo de sus subordinados, de vigilar y hacer cumplir las normas de salud y seguridad, de capacitar a los trabajadores en las mejores formas de realizar su trabajo, quiénes determinan el modo y la carga de trabajo, así como las tareas diarias que deben cumplir y los permisos que se otorgan (derivación a la mutual, tiempos de descanso, permisos para ir al médico, etc.). Es el primer responsable, a la vez, de cualquier siniestro que ocurra en su sección³⁵, por ende, debería tener y aplicar conocimientos sobre SSO, pero en las experiencias de los trabajadores no es el caso (excepto para la sección de carnicería en Supermercado B2).

³⁵ De hecho, los jefes de sección pueden llegar a ser penalizados si se descubre que tuvieron responsabilidad en algún fatal, y deben responder ante gerencia en casos de accidentes.

En caso de problema de salud, los trabajadores deben negociar con sus jefes de sección las condiciones de trabajo y pasos a seguir. La estrategia más común por parte de la empresa (determinadas generalmente por el PR y/o CP) es el cambio de sección o la disminución de carga laboral para evitar más perjuicios a la salud. En algunos casos, los jefes son comprensibles con los problemas de salud de los trabajadores, tomando decisiones que favorecen su salud y recuperación.

Para eso yo recibí mucha ayuda de mi jefe directo porque me puso en una función más liviana, como venía volviendo no podía hacer lo mismo de antes, levantando cajas y haciendo fuerza, así me puso en balanza y atender al público. Y ahí empecé de a poco, hasta superarme totalmente (Jorge, Reponedor Frutas y Verduras, SB2)

Pero en otros, la excesiva dependencia en ellos para la toma de decisiones produce que sus intereses se sobrepongan muchas veces a la salud de los trabajadores. En el caso de Julio, carnicero, su jefe lo mantuvo por 10 años en mesón de atención al cliente, lo que, según cuenta, le generó un fuerte cuadro de estrés con diagnóstico de trastorno compulsivo y atención psiquiátrica. En Rogelio, panadero, problemas personales con su jefe implicaron que lo cambiara de pastelería a panadería, teniendo ya antecedentes de hernias en columna y prohibición del doctor de trabajar como panadero, lo que agravó seriamente su condición de salud:

Es que yo como estaba acostumbrado ahí, el jefe que tenía antes me quería ahí, como yo me manejaba muy bien en el mesón, y era rápido para atender a la gente, nunca una queja, un reclamo, nada, él me quería ver ahí, en el mesón porque me desempeñaba bien y atendía rápido y la venta era buena. Pero cuando me enfermé tuve que salir de ahí, así que yo creo que a él no le gustó mucho el tema que yo haya salido de ese puesto.

E: Entonces tuvo problemas con el jefe...

R: No problemas, pero sí se notaba como una molestia de parte de él, no le gustaba que estuviera haciendo la pega adentro, le gustaba afuera (Julio, Carnicero, SB2)

De hecho, él trabajaba en la pastelería, yo trabajaba de noche [en referencia a Rogelio]. Él trabajaba haciendo tortas, bien, no era un trabajo tan pesado, él lo podía hacer bien y todo. Nos casamos y yo volví a trabajar de día y a él inmediatamente lo sacaron de la pastelería a panadería, sabiendo que él tenía antecedentes y no podía trabajar en panadería. Y no, a la panadería porque no podíamos trabajar juntos. Nos cambiaron hasta de turno, uno en la mañana y yo en la tarde (Amanda, Pastelera, SB2).

La experiencia de Carmen, cajera de SB1, es otro ejemplo de este tipo de negociaciones. Ella tiene Síndrome del Túnel Carpiano en sus dos manos, producto de haber trabajado 20 años como cajera, y ha sufrido algunos cuadros de estrés. Producto de ello, jefa la cambió de sección a una con menos carga laboral, sin embargo, para Carmen este cambio significa una reducción de su sueldo que, en su situación económica actual, no se puede permitir. En este escenario, negocia con su jefa la posibilidad de operarse las manos, en su tiempo de vacaciones, y volver con las manos “sanas” y así poder retomar su puesto como cajera. En su experiencia, se ve una responsabilización de la jefa hacia Carmen de su estado de salud y de su tratamiento, que Carmen asume por el hecho de querer volver a su puesto:

Entonces ahora la jefa me cambió de sección, hasta el 20, que yo salí de vacaciones ayer, y ahí me dijo “Ya, ahora tú tienes que hacer todo para poder volver” Y yo le dije que me esperara, que no quería que me cambiara de lugar, que yo quería volver a lo que yo hacía, porque me gusta. Una, me gusta y tengo que trabajar hasta pagar una deuda que debo (...) Aparte que con la jefa hablé ese día, y ella me dijo que ella me iba a ayudar, que estuviera hasta el 20, que me tomara las vacaciones, y ahí tenía que ver cómo volvía, que me las tenía que arreglar. Entonces ahí yo le dije que no, si voy a volver bien y voy a poder usar mis manos bien y volver a mi puesto (Carmen, Cajera, SB2)

V.2.1.4 Disciplina por medio de control de licencias médicas y bonos

Cualquier lesión o problema de salud físico o mental requiere un tiempo de descanso, otorgado por la mutualidad o el médico particular, según donde se atendió el trabajador. La empresa conforma dos experiencias en relación a las licencias médicas. La primera son experiencias no problemáticas, donde los trabajadores no han recibido comentarios negativos por parte de la empresa y se sienten seguros de tomar las que sean necesarias para su recuperación de accidente o problema de salud (sea laboral o común). Esta experiencia es transversal a los tipos de supermercados y de secciones. El segundo tipo de experiencias tiene que ver con la difusión del temor al despido y hostigamiento en caso de tomar muchas licencias. Para los trabajadores que han desarrollado problemas de salud crónicos, tomar licencias se vuelve un temor constante, y un recurso que se intenta evitar, como en el caso de Carmen y Rogelio.

*Es que dicen que con muchas licencias despiden,
pero yo les digo no es que yo quiera faltar, sino que es por el hecho de mis manos*
(Carmen, Cajera, SB1)

*Siempre me da el miedo que tiro mucha licencia, mañana recién vuelvo a trabajar, porque
nuevamente estuve con licencia por lo mismo. Y a veces tengo problemas, porque, claro, son
muchas licencias* (Rogelio, Panadero, SB2).

Este temor disminuye su uso, lo que podría empeorar los problemas de salud al impedir los periodos de descanso y reposición necesarios. Otro elemento que favorece su no utilización es la valoración por parte de las jefaturas a los trabajadores que “no faltan nunca” asociándolo a una imagen de trabajador comprometido y responsable. Por contraste, aquellos trabajadores que faltan o tienen muchos problemas de salud son “quejones” y “flojos”. Este aspecto se profundizará en los capítulos más adelante.

Los bonos por presentismo también funcionan como inhibidor de licencias, ya que, si los trabajadores faltan, pierden un porcentaje importante de sus ingresos. El bono por presentismo se gana por asistencia completa en el mes, y se pierde automáticamente por atrasos en horario de llegada y por inasistencia (incluso en caso de licencia médica). Las cajeras pierden también el bono por productividad, parte importante de su sueldo. Así, los trabajadores prefieren no faltar, cualquiera sea su condición.

V.2.2 Gestión en del Sistema Mutual en SSO

A pesar de que este estudio no incluye entrevistas a actores del sistema mutual, sí fue posible acceder a cierta parte de la gestión que realizan en salud laboral a partir los testimonios de los trabajadores, los que se centran principalmente en el reconocimiento/no reconocimiento del origen laboral de su problema de salud y la atención recibida.

V.2.2.1 “Las mutuales sólo aceptan accidentes”

Los hallazgos determinan que la gestión en SSO de la mutualidad va a depender, al igual que en la empresa, de si los trabajadores van únicamente por accidente laboral, o si tienen una enfermedad profesional. Información entregada por los actores encargados de SS, por dirigentes sindicales y por trabajadores, indica que las mutuales en el sector supermercados prácticamente no reconoce enfermedades profesionales, sino únicamente accidentes. Así lo indican las abundantes experiencias de dirigentes sindicales y trabajadores:

La ACHS acepta solo los accidentes. En los 16 años que trabajo en la empresa, ninguna enfermedad (DG 2, SA3)

Si yo voy a la Mutual porque digo que es tendinitis, me van a evaluar. Lo más probable es que me den, uno o dos días, depende de la gravedad. Y lo más probable, yo creo que el 99% es que te digan que no es enfermedad laboral, no te lo van a acoger (DG 1, SB2)

Después con el mismo tiempo, yo voy a cumplir dos años, yo trabajaba en la sección de vegetales los dos años. Y con el movimiento de cargar cajas me produce una lesión acá en el tendón, que eso la ACHS no la reconoció como una lesión laboral (Adriana, Reponedora, SA2)

Porque lo único que hacía yo era trabajar y ocupar mis manos en el trabajo. No lo toman como laboral, porque yo fui a la mutual y me dijeron “Esto no es laboral” Y yo le dije “¿Por qué no es laboral si yo trabajo como cajera? Trabajo hace más de 20 años de cajera” Entonces le digo yo “¿Cómo no va a ser laboral?” (Carmen, Cajera, SB1)

Por otro lado, algunos trabajadores y dirigentes mencionan que en caso de accidentes que requieren largos periodos de recuperación, la mutualidad los ha intentado acortar antes que los trabajadores se sientan listos para desempeñar su función de nuevo:

Eso es lo que no sé po, encuentro yo que la Mutual en ese aspecto no están muy bien porque ellos no están en el cuerpo de uno. A lo mejor técnicamente ellos dirán “Esto ya por la fecha tendría que estar bien” Tendría que estar bien, pero falta po. A mí cuando me estaban despachando no tenía fuerza en la mano po “Oiga” le dije yo “Yo no estoy en condiciones de trabajar ¿Usted sabe lo que yo hago”- “No” me dijo “Carnicería trabajara usted po”- “Si po”- le dije yo “¿Y usted sabe lo que yo hago? Hay que hacer fuerza con el cuchillo, con la mano, con la muñeca, con el pulgar, y yo no tengo fuerza en el dedo, no tengo fuerza ni para apretar esta pelota que tengo aquí ¿Y cómo quiere que apreté el cuchillo? Voy a volver a puro dar bote”- “Ya, le vamos a dar 20 días más para que esté en Kine” Pero exigiendo que me den más días, así que no, lo encuentro en ese aspecto mal. Mala la atención cuando llega y mala después cuando quieren que vuelva para el trabajo (Julio, Carnicero, SB2)

Porque fui a la Mutual, me sacaron el yeso: ah no, si está bien, pum, váyase. El doctor de la clínica, yo me había ido atender a la Dávila, me había dado 30 días o 15 días con el yeso y después en terapia y todo. Me sacaron el yeso y ya está bien. Y ha sido como la vez que he ido por un accidente de... y ya después, claro, si me pasaba algo, prefería ir al médico particular (DG 6, SB1)

Dirigentes sindicales cuentan de casos donde la ACHS no ha entregado el tratamiento pertinente, disminuyendo la gravedad de la patología, lo que denominan como negligencia, pues ha llegado a agravar el estado de salud del paciente:

Hay negligencia por parte de la ACH también. Hay gente que ha quedado con dolencias crónicas porque la ACH no ha respondido y ha dado ibuprofeno (DG 3, SA4)

Mira, conozco el caso de una niña que tuvo un accidente de trayecto, y está hace mucho tiempo con licencia y está hace más de un año con licencia, ya van a hacer casi dos años, porque este accidente ocurrió en noviembre. Y esta niña se cayó en la micro al llegar al paradero donde se tenía que bajar, se golpeó contra un fierro. Se bajó, no tomó patente de micro, nada, ella cruzó y tuvieron que casi recogerla dos compañeros porque tenía... se pegó tan fuerte que se pegó en el tórax y casi... todo esto y no podía respirar, la derivaron urgente a la Mutual y ha estado mucho tiempo con tratamiento. Pero en la Mutual debido a lo mismo, a ella se le declararon otras enfermedades y ya la Mutual no la quiere atender. Debido a lo mismo, que se le apretó el tórax, los pulmones. Ella sufrió un problema grave, ella quedó así casi inválida. Y eso le derivó a una enfermedad al corazón, una enfermedad respiratoria y no sé qué más y la Mutual ya no la quiere atender. Le quita el apoyo (DG 6, SB1).

V.2.2.2 Justificaciones al no reconocimiento: legalidad, herencia y pre-existencia.

La mutual en el proceso de no admitir los problemas de salud como de origen laboral, alude a que son fuerzas realizadas en el hogar, pre-existencia, origen hereditario o que su enfermedad en particular no está estipulada en la ley como de origen laboral. Así lo relatan trabajadores que explican las razones entregadas por la mutual para no acoger sus problemas de salud, las que consideran absurdas y sin sentido:

E: ¿Y en la mutual le dijeron que por qué se había producido el problema entonces?

S: Porque yo llevo tanto tiempo en la empresa haciéndole lo mismo, y que, si yo me hubiese lesionado, hubiese sido a los tres meses, a los 20 días. No después del año seis meses. Esa fue la respuesta que me dio la doctora. Porque uno cuando entra te preguntan todo, y cuando llegué donde la doctora me dijo: ésa no es una lesión laboral porque tendría que habérsela provocado a los 20 días, a los dos meses, no después del año, seis meses (Adriana, Reponedora, SA2)

Esto no es laboral” Y yo le dije “¿Por qué no es laboral si yo trabajo como cajera? Trabajo hace más de 20 años de cajera” Entonces le digo yo “¿Cómo no va a ser laboral?” Y me

dijo que no, que ellos tomaban laboral como a la gente de la construcción que ellos ocupaban las manos con máquinas, esas eran las enfermedades laborales. Pero la enfermedad del Síndrome del Túnel no (...)

E: ¿Y a qué le dijeron que se debía? Si no es del trabajo...

S: No, que no era, que era una enfermedad que a todos... Me dijo "Si fuera así todos tendrían tendinitis, todas las secretarias, y no todas tienen" Pero ahora yo he visto mucha gente con problemas (Carmen, Cajera, SB1).

Llegué acá y le expliqué mi dolor, por qué había sido y me mandaron a la ACHS. La ACHS me mandó a otra más chica en la Alameda, me vieron y me dijeron que (3:44 no se entiende) venía de atrás. Que yo en mi trabajo tenía que trabajar dos horas y descansar, absurdo. Porque acá lo que menos quieren es que nos paremos. Yo descanso media hora de la jornada para almorzar y te la controlan. Pero no te puedes pararte después de dos horas a descansar y seguir trabajando. O si no que tenía que trabajar a este lado un rato y después a este otro lado. También es absurdo, porque tú no te puedes estar cambiando de caja como si yo dispusiera de las cajas y ahí quedó (Marcela, Cajera, SA1)

V.2.3 Discurso de los actores empresariales en SSO

A través de las entrevistas a los actores relacionados con SSO al interior de las empresas, así como de los testimonios de los trabajadores, fue posible distinguir principios claros y fundamentados en los actores empresariales (y de manera tangencial, de la mutual) que orientan su gestión e ideas en salud laboral. Estos conforman un discurso, que hemos denominado "discurso oficialista", que describiremos a continuación a través de sus principios fundamentales.

V.2.3.1 "El trabajador es responsable por los accidentes, enfermedades y lesiones"

En este discurso, las causas de los accidentes y enfermedades en el trabajo son adjudicados al trabajador, quien es el responsable de su puesto de trabajo y de la forma en que trabaja, así como también de sus modos de vida (de alimentarse sano, de hacer actividad física, etc.) El trabajador incurriría en tres comportamientos que son perjudiciales para su salud: trabajar apurado, cometer exceso de confianza, y falta de interés de los riesgos para su salud.

Los trabajadores presionados por atender al cliente más rápido o terminar sus tareas, descuidarían sus implementos y/o precauciones de seguridad. A pesar de que esta presión podría ser un factor de la organización del trabajo y, por ende, fuera de su control, el discurso oficialista considera

que es él quién debe aprender a controlar y gestionar la presión del cliente y sus superiores, para cuidar de su salud y seguridad:

Por ejemplo, hemos tenido cortes en las manos cuando la empresa les da guantes de protección, entonces por atenderlo rápido, no se ponen el guante y tienen el accidente. La mayoría de las respuestas es “por atender más rápido” (CP 1, SB2).

Al mismo tiempo, el discurso señala que entre los trabajadores abundaría la noción que los accidentes y enfermedades laborales no les van a ocurrir a ellos, teniendo exceso de confianza en la rutina, el medioambiente de trabajo o sus capacidades:

Hay gente que dice “pero si a mí nunca me ha pasado, llevo 20 años haciendo esto y nunca me ha pasado” y le pasa (...) Exceso de confianza de la persona hace a su forma. Es más, por eso que por otra cosa (PR 2, SB2)

Y que existiría, además, un desinterés generalizado hacia asuntos relacionados con su salud laboral, lo que se traduce en una “falta de conciencia” de cuáles son las condiciones riesgosas, de cómo se hace el trabajo, de qué es lo que hace daño, etc. El trabajador haría las cosas “a su manera”, ignorando las normas que les son enseñadas por la administración para cuidar de su salud:

Hay algunos que sí acatan las normas de prevención, pero hay muchos que no les interesa, trabajan como ellos quieren, a la hora que quieren. Para ellos que venga una persona que venga a decirle cómo trabajar, es molesto. A pesar de eso, se han logrado traspasar esas barreras y concientizar a “algunos duros” (PR 2, SB2).

Las charlas también van enfocadas en cómo deben tomar las cajas, y la gente no toma conciencia de eso, y la toma cómo le parece no más, no se inclinan para tomarlas, o las toman recto y quedan con el lumbago y se quedan ahí agachaditos. Es difícil que la gente tome conciencia de sus cuidados, pero también cuando ven ellos lo que le va pasando al de al lado, empiezan a cuidarse (CP 1, SB2)

En este discurso, los trabajadores tendrían todas las capacitaciones y conocimientos necesarios para prevenir los siniestros, de modo que, si se accidentan o enferman, es porque no quisieron escuchar y/o aplicar. Puesto que la responsabilidad es personal, el costo del tratamiento también debe correr por cuenta del trabajador. De esta manera, el discurso oficialista responsabiliza a los trabajadores de sus estados de salud:

Por los movimientos repetitivos, las malas posturas para trabajar. Hay accidentes súper absurdos, que las personas no saben que podrían ocurrir. Hay diferentes formas de mover las cajas, de trasladar los pesos (...) es el hacer mal el trabajo (CP 2, SB2)

Y ahí la culpa es netamente del trabajador, él tiene que correr con sus gastos médicos (PR 2, SB2)

V.2.3.2 “Los trabajadores no poseen cultura de autocuidado”

El diagnóstico que realizan los actores empresariales encargados en SSO es que los trabajadores no poseen una *cultura de autocuidado* (porque no quieren, porque no les interesa, etc), la que consiste en que cada trabajador vele, en primer lugar, por su salud y seguridad. En otras palabras, serían descuidados y despreocupados. Si el discurso anterior se relacionaba con la responsabilización de los estados de salud, éste tiene que ver con la responsabilización de su gestión en salud: los trabajadores deberían desarrollar conductas orientadas a la protección de su integridad física y mental, lo que incluye sus actitudes (el trabajador debe tener ganas de hacer las cosas bien), su comportamiento (el trabajador debe orientar sus acciones hacia comportamientos seguros para él y sus compañeros) y los medios de trabajo (el trabajador debe preocuparse que de su ambiente y condiciones de trabajo, incluyendo maquinarias y herramientas, sean las propicias para proteger su salud y la de sus compañeros):

Primero porque no tienen cuidado, porque el conocimiento sí existe, tanto en las reuniones que tenemos como CP, en temas de prevención, somos precavidos. Pero son descuidados en verdad... Si no existe el autocuidado por parte de ellos es muy poco lo que podemos avanzar (AL 1, SA2)

Y acá va lo más relevante de todo, que es la persona, el cómo yo hago las cosas, si lo tuviéramos que definir en una frase, es esa. El querer hacer las cosas bien va a cambiar tu conducta en cuanto a tu trabajo, tu seguridad, el autocuidado. Yo soy el primer responsable de que a mí no me ocurra ningún accidente laboral, el primero, no echarle la culpa a nadie. Si el cuchillo está malo ¿Quién tiene que ir a decirle el cuchillo está malo? Soy yo, soy yo el responsable. Por eso se maneja mucho el tema del autocuidado, yo tengo que ver, yo soy responsable. Incluso yo puedo ayudar a mi compañero, en una actitud preventiva, “oye eso está mal”, pero el primer responsable somos nosotros. Ni siquiera la maquinaria porque si la maquinaria está mala te puede traer consecuencias (CP 2, SB2).

Este discurso desvía la mirada de la organización del trabajo (estado de la maquinaria, los ritmos y cantidad de trabajo, la presión y órdenes de los jefes, etc.) y la coloca sobre aspectos actitudinales y comportamentales del trabajador, incluso en una especie de apelación a la “proactividad”: si las herramientas y máquinas de trabajo están en mal estado, es el trabajador quién debe dar aviso y quién debe hacerse responsable.

V.2.3.3 “Los trabajadores no saben lidiar con el estrés”

Los actores empresariales tienen la percepción que el estrés laboral fue un diagnóstico común hace algunos años, pero que actualmente es prácticamente inexistente, gracias a la implementación de una serie de mejoras de la empresa en el ambiente laboral. Las causas del estrés serían estrictamente malas relaciones laborales, centradas en trato jefe-subordinado, prácticas que ya se habrían erradicado. Hay una demarcación entre un antes y un ahora: antes había un mal clima laboral producto de ciertos abusos de las jefaturas hacia los subordinados; hoy, las empresas habrían tomado medidas para revertir la situación, y el estrés laboral habría desaparecido:

En todas las empresas hay un tema de ambiente laboral, y al principio claro, es puro reclamo. Se han hecho cursos de manejo de personal, para jefes y encargados, para saber... Al final somos como psicólogos, y nos sacamos de la dinámica de trabajo y el “Hola ¿Cómo estás?” Porque antes ni siquiera eso se hacía, pura pega pega pega. Hay unos métodos de trabajo que al principio eran muy rígidos, después fuimos a otro que era más flexible, y eso se está haciendo ahora. Antes te ponían un cero o un uno, si no cumplías con lo que te decía tu jefe, ahora no, ahora se negocia “¿Sabe qué jefa estoy viendo que no voy a alcanzar a hacerlo en el horario que quedamos?” Y se conversa, es más flexible, sobre todo ha mejorado el clima laboral (CP 1, SB2)

No hay tantos casos de estrés laboral, no es común. Nosotros acá tenemos un buen ambiente de trabajo, entonces ya no tenemos problemas de ese tipo. Sí nos ha tocado... Hay locales que sí tienen ese problema... Hay ciertos jefes, gerentes, que son más complicados, entonces se genera. Pero hoy la empresa está trabajando mucho en eso. El tema de clima de relación del trabajo de jefatura con colaboradores se está trabajando mucho. Se pide tener más cercanía con los colaboradores (GL 1, SB2)

Lo anterior produce la idea de que los casos de estrés que existen tienen que ver con aspectos de la personalidad del trabajador y de su incapacidad para enfrentar las dificultades que requiere el supermercado, pues hay que “estar hecho” para ese tipo de trabajo en específico y las exigencias que posee. Hay un cuestionamiento generalizado a cualquier tipo de estrés, aduciendo a deficiencias en la personalidad e inmadurez del trabajador, incapacidad de separar “la casa del trabajo”, dificultades para lidiar con la carga laboral, e incluso a problemas de crianza y formación:

E: ¿Por qué cree que la gente tiene problemas de tipo psicosocial?

R: Es por el estrés, por tu capacidad de afrontar el trabajo bajo presión, porque hay gente que sí, y otros que no, que no están hechos para este trabajo, nosotros lo vimos hace 5 años donde hubo un nivel de estrés muy grande en el local, y muchos con licencia, porque ya no podían (...) Yo creo que tiene que ver con la capacidad psicológica, hablando en términos suyos, la crianza, la formación que tuvieron, la inseguridad que agarraron desde chicos, quizás hablando desde la ignorancia... Y lamentablemente no saben separar lo de la casa y lo traen al trabajo y ¡pum! Yo creo que es por eso, no saber manejar bien las situaciones de vida (CP 1, SB2)

Hay que investigar porque puede haber problemas personales que se magnifican en mi entorno laboral, y si estoy con estrés no voy a tener buena recepción con las órdenes del jefe o el trato con el cliente (PR 1, SA6)

De la misma forma que se responsabilizaba al trabajador de sus estados de salud, y de su comportamiento y actitudes, acá se lo responsabiliza de su personalidad y forma de ser.

V.2.3.4 “El modelo SSO funciona bien/ La empresa se preocupa de SSO”

Este discurso tiene su origen en la legitimación generalizada de las mutualidades como instituciones serias, confiables y eficaces; a la legislación, como beneficiosa para el trabajador; y a la empresa, como preocupada por los estados de salud de los trabajadores. En definitiva, es un modelo que ha funcionado bien y ha logrado reducir los siniestros laborales. En esta línea de pensamiento, los siniestros deben ser, necesariamente, responsabilidad de los trabajadores. De ahí, cualquier queja o reclamo, se analiza cómo situación aislada:

El modelo ha funcionado bien. La ley está hecha para el trabajador, y el trabajador en sí recibe todo lo que la ley establece. En el momento que recibe un accidente es cubierto en todo aspecto, y al final de ese proceso, en la mayoría de los casos queda bien contento con los resultados, con la atención obtenida, y todo (...) Yo insisto que pasa por uno, por la persona, porque la empresa está haciendo cosas por el clima laboral, la empresa hace cosas por la seguridad, no es que sea una empresa que no está ni ahí con la seguridad laboral, nosotros nos estamos continuamente capacitando para saber llevar bien a las personas a darles la información, cómo se puede mejorar su comportamiento en lo laboral, siempre nos están capacitando a nosotros. Así que no pasa porque la empresa sea mala en la seguridad laboral (PR 2, SB2)

Otro elemento importante que sustenta el discurso es el hecho que los establecimientos y sus actores utilizan las estadísticas oficiales— es decir, las enfermedades y accidentes diagnosticadas como laboral por la mutual— para medir los estados de salud de los trabajadores. Cómo se estudió en los antecedentes, y tomando en cuenta los relatos de los trabajadores, este porcentaje es muy bajo y alejado de la realidad. Este ejercicio fomenta la percepción que la salud de los trabajadores es buena y que no existen enfermedades a raíz del trabajo. Los informantes claves indican que no existen casos de enfermedades laborales al interior de sus establecimientos. Una prevencionista, con 10 años de trabajo al interior de un local, menciona que en todo ese tiempo no sólo ha existido sólo un caso de enfermedad laboral Pero esta información no sólo se contradice con la entregada por los trabajadores, sino también por la abundancia de licencias por enfermedad común que indican los mismos actores claves:

E: ¿Cuál es el porcentaje de las enfermedades laborales que son aceptadas como de origen laboral?

R: En mis locales de 100 solo 1

E: ¿Por qué pasa eso?

R: O tienen muy poco tiempo de trabajo (las cajeras a veces a los meses ya tienen molestias) o porque tienen una patología de base (artrosis, reumatismo más factor trabajo) pero no es porque el trabajo las enferme, sino que ya tienen una patología de base. Ahí lo que hay que hacer es bajar la carga, cambiarlas de sección, darles a elegir dónde quieren trabajar para no seguir afectando más su salud, y lo otro es que las tareas que realizan acá las realizan o en otro trabajo o en la casa (PR 1, SA6)

V.2.3.4 “Las enfermedades que tiene los trabajadores tienen un origen común, y no laboral”

Para explicar las lesiones y enfermedades de los trabajadores, los actores empresariales adoptan los mismos argumentos que esgrime el sistema mutual para justificar el origen no laboral, adjudicándolas a la genética, pre-existencia, o al esfuerzo realizado en el hogar o en esferas fuera de la laboral.

Tenía un maestro que se le estaba deformando la mano, él fue a la mutual, lo evaluaron, y él no llevaba tantos años para que le pasara esto, y no fue considerado... Era más bien de familia, era hereditario, porque después no era solamente las manos, eran los pies (CP 1, SB2)

E: ¿Y ese tratamiento se lo reconoció la mutual?

S: No, él. Ya hay una pre-existencia. La mutual es cuando te ocurre un accidente en el momento. La enfermedad es porque llevas mucho tiempo trabajando y se te produce una enfermedad profesional. El accidente es el momento, la enfermedad es través del tiempo que se declara. Entonces ese joven ya tenía una pre-existencia, e igual lo ayudamos con el Comité Paritario (PR 2, SB2)

En este discurso, los trabajadores creerían erróneamente que todo lo que sucede dentro del trabajo es de origen laboral, pero los actores empresariales señalan que no es así, sino únicamente lo que la ley establece como laboral. Si la enfermedad no está estipulada en la ley, entonces tiene un origen común (sea genético, sea pre-existencia, etc.):

“Bueno, hay muchos casos que la mutual no acoge porque de acuerdo al estudio que ellos realizan lo consideran como accidentes o enfermedades comunes. Ahí está un poco el conflicto también porque el trabajador aqueja que no es común, es laboral. Pero la ley en sí es clara, establece que un accidente es un acontecimiento no deseado, que ocurre con ocasión o a causa de su trabajo. Entonces, no necesariamente lo que pasa a un trabajador adentro de las instalaciones de la empresa es laboral, y eso a ellos les cuesta entender, porque creen que todo lo que les pasa adentro es laboral. Ahí está el tema de la tendinitis, que la ley no lo establece como enfermedad laboral en todos los casos, lo mismo pasa con el lumbago, que tampoco la ley lo establece como enfermedad laboral, pero sí acata a veces cuando el trabajador apela...” (PR 2, SB2).

V.2.4 Conclusiones capítulo

La gestión y evaluación de salud y seguridad ocupacional de las empresas supermercadistas estudiadas se centra de manera exclusiva en la prevención de accidentes de trabajo (en desmedro de las enfermedades laborales), a través de generar cambios en los comportamientos y actitudes de los empleados hacia “conductas seguras” y una “cultura del autocuidado”. De esta forma, se descarta la organización del trabajo, tanto en condiciones laborales como en formas de gestionar la mano de obra. Esto produce serios daños a la salud de los trabajadores, ya que mientras las empresas enfocan sus estrategias de prevención de riesgos al autocuidado, al mismo tiempo someten al trabajador a un ritmo de trabajo excesivo, de mala calidad, máquinas y herramientas en mal estado, y presiones constantes, restándole los recursos para cumplir el rol que le asignan. Las capacitaciones, afiches y campañas sobre SSO se vuelven inútiles para los trabajadores que no poseen los medios para cumplirlas.

Se plantea que este modo de gestión actúa como *estrategia disciplinaria*, ya que, en la experiencia de los trabajadores, la empresa es la que decide en primera instancia el origen laboral/no laboral de sus problemas de salud, al tener el control sobre su posible asistencia a la mutualidad. Ésta se despliega a través de la difusión del temor y prácticas de hostigamiento en relación a las licencias, los bonos, los salarios ajustados a productividad y las barreras levantadas en caso de posible derivación a la mutualidad (como las malas actitudes y represalias, entre otras). También, por el importante hecho que los jefes de sección, CP y PR están facultados para desestimar el origen laboral de algún siniestro o lesión, según sus criterios. Todas estas prácticas conforman estrategias orientadas a impedir, o por lo menos desalentar, la posible asistencia del trabajador a la mutual, y con ello, el reconocimiento de su problema de salud como laboral y el acceso a los beneficios del Seguro (como atención gratuita, acompañamiento médico, seguridad en el respeto de tiempos de reposo, etc.).

El discurso oficial sobre salud laboral se caracteriza por ser unificado y casi monotemático: en él, los estados de salud son responsabilidad exclusiva del trabajador, construyéndolo de tal manera que no existe posibilidad de responsabilizar a la organización del trabajo. Se propone que funciona como *discurso normativo*, que esquematiza pautas definidas de acción y conforma una identidad de trabajador deseable y aceptada, contraponiéndola a cierto tipo específico de empleado que se enferma/accidenta: desinteresado, con exceso de confianza en sus capacidades, testarudo, incapaz de manejar ni gestionar la presión y separar sus problemas personales de los laborales, desganado, irresponsable con su seguridad y salud y la de sus compañeros, inseguro,

entre otras afirmaciones. También sería un trabajador que *no está hecho* para trabajar en ambiente de supermercado— que requeriría ciertas habilidades, sobre todo en manejo de estrés. En cambio, un empleado “aprobado” por este discurso es aquel que sigue las indicaciones de “autocuidado”, proactivo en mejorar sus condiciones de trabajo y la de sus compañeros, honesto (en aceptar su responsabilidad) y con capacidad de soportar presión y manejar emociones.

El discurso se sustenta en dos pilares del modelo de SSO: la legalidad y la estadística. La mutualidad y las empresas se rigen por la Ley 16.744 respecto a qué es un accidente y/o enfermedad laboral. El argumento que esgrime la empresa, amparados en la legalidad, es que si la mutualidad no ha reconocido una enfermedad/accidente, es porque no posee, de hecho, un origen laboral, y tiene un origen común (genética, responsabilidad del trabajador, hogar, etc.). Las estadísticas oficiales, por su lado, muestran un buen funcionamiento de la gestión de empresas y mutuales, junto con una baja cantidad de enfermedades laborales. De esta forma, los supermercados pueden decir que en 10 años no han tenido ninguna enfermedad laboral, justificando su gestión. Sin embargo, como señala Zoller (2003), y cómo revisamos en los antecedentes, la legalidad y las estadísticas construyen, más que descubren, la realidad, y terminan invisibilizando los efectos de la organización del trabajo en la salud de los trabajadores, quienes continúan enfermos y desprotegidos, mientras el modelo SSO se presenta asimismo como justo y eficaz.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros estudios del Modelo SSO chileno, que pueden ser un aporte para comprender mejor el fenómeno narrado en este apartado. Finkelstein (2009) menciona que el sistema SSO está anclado en una concepción estadística de la realidad, que expresa las regularidades en cifras y las conclusiones como generalidades que simplifican el evento, y que básicamente apunta al factor humano como la causa del accidente y enfermedad, lo que entrega una falsa noción de objetividad que conlleva a evaluar su gestión como verdadera y eficaz. También, caracteriza el discurso de la empresa en SSO como “responsabilizador” pues culpabiliza a los trabajadores de cualquier incidente, desresponsabilizando a la gerencia, *“concluyendo que la causa por la cual los trabajadores se accidentan es porque no saben, no pueden o no quieren”* (Finkelstein, 2011, p. 2).

Miranda (2012) en entrevistas a actores empresariales, sindicales, de las mutualidades y del Gobierno, concluye que el Modelo SSO en Chile posee alto grado de reconocimiento y legitimidad. Para el autor, gran parte de la legitimidad alcanzada por la institucionalidad de salud

ocupacional es debido a que las mutuales han desarrollado una capacidad asistencial y hospitalaria significativa y de mejor calidad que la red pública de salud. Sería la misma legitimidad la que provocaría que los organismos administradores del Seguro generen filtros importantes de ingreso, como la desestimación de las enfermedades como laborales, en una actitud defensiva para mantener la calidad de la institución (Miranda, 2012).

Se sugiere que la gestión y discurso oficial estudiados han servido a los intereses económicos de la mutual y la empresa, y olvida los efectos de la organización del trabajo. Tiene como orientación final disminuir los reportes, aumentar la productividad y desresponsabilizar la organización del trabajo y las decisiones de la gerencia de los problemas de salud de los trabajadores, así como mantener una imagen pública positiva del sistema mutual.

Más adelante se profundizará en cómo la gestión y discurso en SSO que mantiene la empresa y el sistema mutual tiene efectos importantes en las prácticas y sentidos que los trabajadores construyen en torno a la relación trabajo-salud.

V.3 Sentidos y prácticas trabajadores

Los trabajadores desarrollan distintas prácticas y sentidos respecto a sus problemas de salud ocupacionales, que les permiten sobrellevar el trabajo en convivencia con sus lesiones y enfermedades (más los roles del hogar, en el caso de las mujeres), a la vez que dotar de significados sus experiencias en trabajo-salud. En este capítulo, se describen cuáles son estas prácticas, en qué consisten, y cómo son orientadas por los entrevistados.

V.3.1 Experiencias y sentidos de los trabajadores sobre el modelo SSO

Los sentidos y prácticas que construyen los trabajadores sobre la relación trabajo-salud están en gran medida influenciados por sus experiencias en el sistema SSO, que incluye la gestión empresa y con el sistema mutual. Encontramos entre los entrevistados dos tipos de experiencias generales sobre salud laboral.

La primera corresponde a trabajadores que han asistido a la mutualidad sólo por accidentes laborales, y han recibido una buena atención, o que no han ido nunca, pero tienen referencias de otros compañeros de trabajo. La mutualidad se percibe como institución seria, confiable, que cumple su labor, y realiza un buen trabajo. También caracterizan a la empresa como una entidad

que se preocupa de los estados de salud y de la seguridad de los trabajadores. Estas percepciones son más comunes en aquellos trabajadores “privilegiados”, que evalúan con satisfacción sus condiciones de trabajo y salud:

Mucho, 100%, siempre están preocupados, en las reuniones que hacemos en las mañanas, del “Cómo estay, Tienes algún problema, Cómo está tu familia” ... No sé po “Llegue resfriado”- “Ah ya, entonces no vas a trabajar en el frío para que no te produzca más daño”. Totalmente (Jorge, Frutero, SB2)

Sí, hay una preocupación de la empresa por revenir posibles causas de que te puedas enfermar, y esto sin tirarle flores a la empresa, es porque se da no más, y está muy bien (Armando, Carnicero, SB2).

La segunda son las experiencias de los trabajadores que han asistido a la mutual, preferentemente por enfermedades profesionales, y han tenido malas experiencias en la atención y/o no han tenido reconocimiento de sus problemas de salud como laborales, debiendo costear los tratamientos. Ellos tienen una imagen del sistema mutual como institución despreocupada de la salud de los trabajadores, que ofrece atención y tratamiento de mala calidad, poco confiable y que economiza en recursos. Hay trabajadores que la evalúan incluso como “un robo”:

Yo creo que en la Mutual la atención no es tan buena, es lenta, y a la vez cuando uno ya está en recuperación es muy rápida, quieren despacharlo rápido a uno, da esa sensación. Es muy lenta cuando llega uno y es muy rápida cuando quieren despacharlo (Julio, Carnicero, SB2)

Yo encuentro que es atroz. La ACHS para mí es un robo, porque cuando he tenido las dos experiencias, no hay ninguno. Del esguince no hicieron radiografía. Te miran así por encima, no sé qué tan expertos serán en huesos que al tocar ellos saben cuán mal estado y que ponga el pie en agua tibia, y está bien y póngase diclofenaco en crema. No hay más atención para uno que es lo que yo esperaba, no. Una radiografía que viera bien mis huesos cómo estaba. Porque sentía mucho dolor. Una bota por ultimo. No me gustó (Adriana, Reponedora, SA2)

De igual manera, plantean que la empresa no se preocupa especialmente de la salud y seguridad de sus trabajadores, más allá de los elementos básicos (como implementos de seguridad, que son obligatorios). Esta percepción se sustenta en la convivencia con malas condiciones laborales y el poco apoyo recibido por sus superiores en sus problemas de salud. Es propia de los trabajadores

que hemos denominado “desfavorecidos”, cuya condición también está determinada por la falta de capacitaciones e información en salud laboral:

Puede ser que anden con sus implementos que son los zapatos de seguridad, que usen botas... Pero de ahí más allá... Por eso te digo, lo normal. Se preocupan a veces de si la persona está enferma, la van a visitar, eso (Carmen, Cajera, SB1).

*E: ¿Y sientes que la empresa se preocupa por su salud laboral? O sea, ¿ves la preocupación?
S: Mmmm, no creo que la empresa se fije mucho. Yo creo que la empresa se fija más en que vengas a trabajar, en que no vayas a faltar (Mariana, Fiambrería, SB2).*

A pesar de lo anterior, en general los entrevistados mantienen una imagen positiva de la empresa, basada en tres razones: que no despide a la gente sin razón, los múltiples beneficios, y que es una empresa con oportunidades. De hecho, las críticas a la empresa no se centran en ella en tanto institución, sino más bien en el trato de los clientes y los superiores, relegándolo a un ámbito de relaciones laborales o “malos jefes” / “clientes quejumbrosos”:

Buena porque la empresa no echa a nadie porque sí. Las personas que se han ido han sido por errores que han cometido ellos mismos, no es una empresa así que ande despidiendo gente por despedirlos, siempre es por algo (Julio, Carnicero, SB2)

Hay hartas oportunidades de trabajo, de crecer en la empresa, de ir tomando cargo en la empresa, me gusta (Adriana, Reponedora, SA2)

Es interesante indagar a su vez en los sentidos que construyen los trabajadores respecto al rechazo de las enfermedades laborales, que también van a variar según la experiencia en trabajo-salud. Un primer relato corresponde a quienes identifican una colusión entre empresa y mutual donde a ambas les conviene no declarar sus siniestros como de origen laboral para no tener que desembolsar más dinero, percepción que mantiene la gran mayoría de los trabajadores entrevistados:

Yo pienso que para evitar de cubrir menos cosas al trabajador no más. Porque, de hecho, mi doctor me decía que le llega mucha gente con lumbago y tampoco se lo cubre. Me dice “tengo panaderos de 20 años” y justo tomaron mal el saco de harina y la espalda le hizo clic y tampoco le reconocen (...) Creo que es un monopolio para sacar plata. La poquita plata que ganamos se la llevan ello (Adriana, Reponedora, SA2).

Es que la ACHS está con la empresa y mientras menos accidentes laborales tenga, mejor. Inclusive el médico que dio el resultado y me dijo, yo le decía cómo me podía haber dicho eso si no me había atendido, ni siquiera me había revisado el hombro (Marcela, Cajera, SA1)

¿La Mutual por qué hace eso? Para no pagar. Para no cubrir los gastos de uno. Porque ellos tienen que cubrir todos los gastos de uno cuando uno se enferma o tiene un accidente de trabajo. Ellos cubren todo (Marcos, Carnicero, SB2)

En el caso de falta de reconocimiento, los trabajadores desarrollan sentimientos de indignación e injusticia:

(...) de ahí me mandaron a la Mutual, y en la Mutual me dijeron “Ah, pero ¿Lo que usted tiene es tendinitis”- “Si po, tengo tendinitis” Le dije yo “Yo trabajo de cajera” le dije. Y me dijo “Pero esto no es laboral”- “¿Cómo no va a ser laboral si yo ocupo mi mano en el trabajo? Y ahora a consecuencia del golpe se me acentuó más el dolor” Y no es enfermedad laboral (Carmen, Cajera, SB2)

Y yo fui, y ahí había llegado como el resumen, que me habían sacado una radiografía y todo, y ahí me dijo la respuesta y yo le dije, “pero cómo tú me puedes decir eso, si ni siquiera me has revisado el hombro”. “tú estás leyendo un informe que vio otra persona, ni siquiera es lo que tú dices, y si tú vieras mi hombro y vieras que no lo tengo como dice ahí”. “es que ya llegó esto y tengo que hacer esto”. “tú no eres médico, tú eres un vocero del médico hacia mí”. Y ahí quedo, “no te hagas problemas” (Marcela, Cajera, SA1)

En cambio, los trabajadores que poseen una buena experiencia de atención con la mutual, y tienen una buena opinión de la institución, señalan que los trabajadores que tienen una imagen negativa de la misma es porque no conocen el funcionamiento del sistema, son flojos, quieren todo gratis, etc. En este caso, es un discurso que pertenece de manera exclusiva a los trabajadores “privilegiados” y tiene semejanzas con el discurso oficial:

E: ¿Y qué opinan sus compañeros de ese cuestionamiento?

R: No, no les gustaba para nada, porque si el trabajador tiene un accidente creo yo... Porque cada institución tiene su reglamento y nosotros no conocemos el reglamento de la Mutual, pero si yo me accidento, y sé lo que es un accidente, y sé lo que es un accidente de trayecto, sé lo que me cubre y no me cubre. Entonces hay muchos compañeros que no tienen ese conocimiento, entonces de pronto un compañero, no sé, un dolor de cabeza, tiene que ir a la Mutual. La Mutual, en este caso, creo yo, lo va a atender, le va a dar la primera atención,

pero de ahí lo va a derivar a la institución que le corresponde porque no es un accidente de trabajo. Entonces hay personas que no tienen ese conocimiento y creen que le cubre todo y no es así. Porque a mí lo que me sucedió fue una patología, no fue un atrapamiento... Me dio aquí en el trabajo, pero no porque haya sido un accidente propiamente tal, sino que se desarrolló en el tiempo (Jorge, Frutero, SB2)

En los casos graves la Mutual ha sabido responder de buena forma y rápido. Han entregado todas, se han entregado todos los tratamientos necesarios. Y ha sido eficiente. Lo que son lesiones leves, obviamente, en cualquier lugar, cualquier institución de salud se va a ver que lo que son menos graves se dejan para el final. Obviamente genera molestia. Obviamente genera frustraciones, las personas que van por lesiones menores. Pero siento que es lo correcto, no siento que hagan un mal trabajo. Ellos simplemente hacen lo correcto (Pablo, Reponedor, SA2)

V.3.2 Prácticas de los trabajadores en salud laboral

En función de las entrevistas, se encontraron las siguientes prácticas realizadas por los trabajadores mediante las cuales gestionan y enfrentan sus problemas de salud laboral:

V.3.2.1 Obligación a tratarse en el sistema de salud común

Producto de que el sistema mutual tiende a cubrir únicamente accidentes de trabajo, es una práctica común entre los entrevistados tratarse en el sistema de salud común, motivada ya sea por el rechazo sus problemas de salud en la mutualidad, una atención deficiente (para ellos o alguno de sus compañeros) o simplemente desaliento fruto de las constantes barreras que pone la empresa:

Entonces, al final uno opta por verse afuera porque ellos [hablando de la empresa] ponen como muchas barreras (Amanda, Pastelería, SB2)

Es peor que estar en un SAPU o en una posta. Mucha la espera y cuando uno está adentro la miran así por encima, no le hacen algo directo porque no es por la labor que desempeña. “la otra lesión se la hizo en su casa”. Respuestas que no me esperaba. Entonces dije “no, no voy más a la ACHS, si me corto un dedo prefiero ir a la posta”. Porque siento más preocupación en el Traumatológico. La otra vez llevé a mi papá que se cayó y le sacaron una radiografía inmediatamente y era un esguince grado 2. Pero al tiro una radiografía que el doctor para salir de duda (Adriana, Reponedora, SA2).

Una percepción que favorece esta práctica es la creencia de que la mutualidad es un organismo cuya función es el tratamiento exclusivo de accidentes laborales, y no de enfermedades u otras lesiones y dolencias, que se fundamenta, por un lado, en la falta de información sobre las funciones de la mutualidad, pero también en el desconocimiento de casos de enfermedades profesionales que hayan sido tratadas por el Seguro³⁶:

Es que para mí la Mutual es cuando tenís un accidente de trabajo, o si te caís, pero no así por una enfermedad. Yo creo que todos por enfermedad van al médico, como nadie va a la Mutual. Yo por ejemplo he ido a la Mutual cuando me corté el dedo. Y nunca más he ido y tampoco espero ir porque estuve todo un día esperando (Mariana, Fiambrería, SB2)

El tratamiento en el sistema de salud común (que puede ser público o privado) significa que deben gestionar la solvencia económica de los tratamientos, operaciones y remedios que implica. La forma más común de hacerlo es a través del sistema FONASA, donde la mayoría de los trabajadores están afiliados, y a través del Seguro Complementario de Salud, beneficio otorgado por las empresas empleadoras. La mayoría de los trabajadores cuenta que sin estas facilidades no podrían cuidar de su salud. En el caso de Julio, puede acceder a los remedios para su tratamiento psiquiátrico a través del AUGÉ, ayuda sin la cual cuenta no podría haberse mejorado. Opuesto es el caso de Carmen, a quien FONASA no cubre la infiltración que debe realizarse en sus dos manos, por causa de su tendinitis de Síndrome del Túnel Carpiano. Para costear esta operación, va a pedir un préstamo. Hasta el momento no ha podido realizarse la operación correspondiente por falta de recursos. También Rogelio, quien tuvo que dejar el sistema ISAPRE después de un alza en el costo de su plan, luego de tres operaciones a la columna. Actualmente está en FONASA, que no cubre el 100% de sus operaciones, debiendo recurrir también al endeudamiento.

V.3.2.2 Aprender a convivir con los dolores

La mayoría de los trabajadores cuenta tener que convivir con enfermedades crónicas como tendinitis, hernias, problemas a la columna, artritis o distintos dolores y molestias que van y vienen continuamente (como dolores musculares o jaquecas). Su experiencia de trabajo (y fuera

³⁶ De la misma forma, existe la percepción generalizada que los problemas de salud mental tampoco corresponden a la jurisdicción del sistema mutual, ya que no conocen ningún caso acogido por la misma. La primera y única opción en caso de patologías mentales o estrés es el sistema de salud común. Recordemos que los problemas de desgaste mental están entre los más relatados por los entrevistados.

del trabajo), está marcada por episodios continuos de dolor y malestares, que describen como invalidantes. Los trabajadores relatan haberse acostumbrado y aprendido a convivir con ellos, para poder continuar trabajando:

Claro, lo que a mí me dice el doctor, me tengo que acostumbrar a trabajar con unas crisis que me dan. Y esas crisis son cuando no me puedo levantar, no puedo hacer nada (...) Yo estuve tomando Tramadol, que es derivado de la morfina, me acostumbré y no me hizo nada más. No me hacía nada más, era como comer un dulce cuando me tomaba las gotas (...) Pero eso más que me quite el dolor me marea y me da sueño, pero de quitarme el dolor tampoco, porque también llevo muchos años tomando lo mismo. Si ya con esto ya llevo casi 13 años con esta enfermedad. Y no hay nada más fuerte como para tomar. De repente estoy con la crisis, la Ale me lleva al médico, diclofenaco. Si estoy tomando esto el Diclofenaco no me hace nada. Nada. Para el verano habían noches enteras que yo caminaba de aquí y acá y sin dormir. Y la Ale se iba a trabajar y yo seguía despierto. No podía dormir. Era tanto el dolor que no podía, yo me levantaba y caminaba para no mover la cama y no despertarla a ella porque ella tiene que trabajar y yo acá toda la noche caminaba y era horrible. Así que, me he acostumbrado a vivir así, porque, lamentablemente me tengo que acostumbrar (Rogelio, Panadero, SB2)

Si el dolor a veces es muy... bueno, es invalidante, yo siempre he dicho que el dolor me toma por acá, me agarra acá. Me sobo. Pero no, hay que vivir con él (Adriana, Reponedora, SA2)

Dentro de esta *convivencia con el dolor* los entrevistados cuentan la necesidad de aliviarlo, por medio de remedios recetados por sus doctores y/o auto medicados, que pueden llegar a tomar diariamente o cada vez que tienen crisis de dolor. Cuando ya se vuelve insoportable, asisten a un centro médico para un “pinchazo”. En ellos predomina la percepción de que “se tratan solos” a través de estas prácticas:

De repente, a pura pastilla, que estai y te tomai un ibuprofeno, y tratái sola, yo al menos tengo que tomar prednisona todos los días, por mi enfermedad. Y tomo ibuprofeno casi todos los días. Por lo mismo, porque empiezan los dolores en las articulaciones. O sea, lo mío es doble, por mi enfermedad y por el trabajo (Marcela, Cajera, SA1)

Sí, el dolor persiste. No se quita fácilmente. Es dolor invalidante, de repente tengo ganas de hacer nada y vamos tomando analgésicos, que el ibuprofeno, que un paracetamol. Cede el dolor, peor cuando (4:09) se quita. Pero cuando se quita el analgésico el dolor es insoportable (Adriana, Reponera, SA2)

V.3.2.3 El “*cuidado*” como práctica vital

Entre los trabajadores es importante la creencia de *cuidarse* para mantener buenos estados de salud, ya sea a ellos mismos y/o entre compañeros. El *cuidarse* tiene que ver con prácticas ligadas a poner su salud por sobre la carga laboral, exigencias, salarios, ascensos, condiciones de trabajo, etc. Este discurso no es el mismo que el *discurso de autocuidado* difundido por la empresa. No tiene una orientación lógico-racional de disminuir o evitar accidentes o enfermedades de trabajo, sino más bien de mantener estados de salud lo suficientemente estables de forma que permitan continuar trabajando, y en evitar el agotamiento del cuerpo y la mente para poder cumplir con el trabajo lo mejor posible, ya que para ellos trabajo de supermercado— de manera específica— consume y desgasta. Está asociado, asimismo, a la creencia de que mantenerse saludable es importante para poder desarrollarse y realizarse como persona, en ámbitos laborales y familiares, pero también para sentirse “bien con uno mismo”. El *cuidarse* es vital, pues si se enferman, quedan invalidados e inútiles para sus trabajos, familia y vida social.

A menos que tengai una brujita en la casa que te toque y con la varita y te renueve las energías todos los días. Pero yo pienso que tratando de ser responsable contigo misma. Aparte que tenís que trabajar para tener lo que quieres, tienes que preocuparte de tu cuerpo, de tu salud. Si yo dejara de ir al médico con mi artritis, yo pienso que estaría más cansada, más perjudicada (...) Pero, como te digo, viendo y siendo responsable conmigo, cuidándome. Igual aparte del médico, o de lo que comes, tratar de, si me dice: esto hace bien, yo lo compro y lo tomo. Cosas naturales. Y eso (Marcela, Cajera, SA1).

Este *cuidarse* se asume como una responsabilidad con uno mismo, orientado por el mandato del *deber ser* en forma del imperativo *tengo que cuidarme*, que se evidencia en el continuo surgimiento del miedo de no cuidarse lo suficiente y el deseo permanente de poder cuidarse más de lo que realmente lo hacen:

Y, por ejemplo, cuando estoy acostada y trato de hacer esto y no puedo. Y me da miedo, porque toda mi familia, tiene várices. Y a lo mejor tengo lo mismo y no debería estar tanto rato parada, debería cuidarme (Mariana, Fiambrería, SB2)

a) *La medicalización del cuidado: remedios y chequeos para mantenerse estabilizados.*

En este *deber ser* del *cuidarse* como responsabilidad que cada trabajador asume con uno mismo, se emprenden ciertas acciones. El tomarse las medicinas recetadas por los doctores y realizarse chequeos médicos constantes son algunas de las prácticas usadas. Se recordará que en las sociedades modernas se asumiría una creciente medicalización, en la que ir al médico y medicarse son las dos prácticas intrínsecas del mantenerse saludable (ver Capítulo III.4.4). En nuestras entrevistas, esta afirmación se descubre como verdadera, como ejemplifica la cita de Marcela:

Pero, no sé, hay que irte, teniendo médico para que te mantengan más menos estabilizada. Y poder seguir trabajando. Yo pienso que todo el mundo hace lo mismo. Todo el mundo para poder cumplir en su trabajo, o está con pastillas o está con médico. Que todo es tan rápido ahora. Y estás ahí con todo el estrés de todo. Pero, no sé po, todavía quedan pilas (Marcela, Cajera, SB2).

Sugerimos la hipótesis que esta práctica no sólo tiene que ver con significaciones propias de las sociedades modernas, sino también con el hecho que para muchos trabajadores es la única opción de cuidado a la que pueden acceder. No todos los entrevistados pueden mantener una vida de actividad física y alimentación saludable, por tiempo y recursos. De la misma manera, no todos los trabajadores pueden cambiar sus turnos, sus condiciones de trabajo, sus horarios o disminuir los ritmos. Para ellos, la opción es que los médicos y los remedios los *mantengan estabilizados*.

b) *El no involucramiento emocional con el trabajo*

Entre los trabajadores que trabajan haciendo fuerza, se expone en términos de *cuidar las fuerzas* para no sobre exigir al cuerpo. Cuando el trabajo conlleva más carga mental, como en el caso de las cajeras, se destaca la *no involucración emocional* como estrategia para mantenerse saludables: deciden no involucrarse con los problemas que suceden en sus trabajos—relacionados principalmente con el cliente —ni con los objetivos productivos de la empresa, sino trabajar *tranquilas* y terminar su jornada laboral evitando cualquier tipo de contacto emocional:

Tranquilo, estar más o menos tranquilos y no apurarse, no mirar a nadie, sino que hacer lo que tiene que hacer uno no más, y poder salir ahí (Carmen, Cajera, SB1)

Esta práctica es recurrente, en realidad, en cualquier trabajador que tenga contacto directo con el cliente y/o problemas con superiores o compañeros de trabajo. El “*no calentarse la cabeza*” es una práctica motivada por el hecho que los trabajadores comentan enfermarse mental y

físicamente a través de las situaciones de estrés que se producen en el trabajo, principalmente las ligadas a relaciones interpersonales. Como bien explica Marcela (Cajera, SA1): “*Te maquiniai tú si te enfurecí o te enojai, te choriai y después tenís que seguir atendiendo más gente.*”

c) Prácticas de “privilegiados”: cambios de turnos y condiciones de trabajo.

Otro tipo de prácticas son los cambios en las formas de trabajar, cambios en turnos, jornadas y horarios, cambios de sección, etc., o de aquel factor del trabajo que sienten que les está afectando negativamente. Sobre el cambio de sección o de turno, se usa ya sea porque su estado de salud es delicado posterior a una operación o por enfermedad crónica o simplemente para prevenir posibles problemas de salud y “cambiar de aire”. En otros casos, la solución es la renuncia para buscar otro trabajo. Las mujeres son las que más comentan esta posibilidad, sobre todo las cajeras, quienes gustarían trabajar en otra cosa. Sin embargo, producto del costo económico que significa, y de la sensación de un mercado laboral inestable y la falta de empleos, es una práctica llevada a cabo sólo bajo obligación. En las entrevistas, sólo se concretó en el caso de Rogelio, quién sufrió acoso y hostigamiento laboral, que le generó, aparte de su problema física de salud, depresión y tratamiento psiquiátrico. Por un tema de salud mental decidió renunciar:

Casi, ah, ahí fui al psiquiátrico por la mutual po. ¿Te acuerdas? Estuve con neurólogo, me daban remedios para dormir, porque no podía dormir nada (...) Y al final fue tanto que tuve que irme. Me tuve que ir (Rogelio, Panadero, SB2)

d) La disyuntiva: tomar licencias para descansar

Se menciona entre los entrevistados que existen trabajadores que, en vez de renunciar, comienzan a faltar para que los despidan, porque están cansados de las condiciones de trabajo. Otra práctica común descrita entre los trabajadores es el tomar licencias “para descansar”, es decir, para alejarse unos días del ambiente y la presión del supermercado y de reposar de los distintos dolores y malestares. Analizar el tema de las licencias, en específico, permite vislumbrar cómo el discurso de *cuidarse* se encuentra más en el ámbito de lo normativo y el deber ser, que en el ámbito de la acción. Por ejemplo, a pesar de la mención de “tomar licencias para descansar”, trabajadores cuentan que no les conviene tomar licencias, incluso cuando tienen problemas de salud, pues es un riesgo (por las razones esgrimidas en el Capítulo V.2) y es también disminución de ingresos. Son las mismas razones por las que prefieren no ir al médico y no asistir a la mutualidad, en muchas ocasiones:

Sí, quitan todo, y eso pasa con todos los trabajadores. Por eso hay gente que no pide licencias y se las aguanta, tiene que ser mucho mucho, tiene que estar muy enfermo y que se la da el médico y la tiene que tomar, o que tenga algún accidente del trabajo, pero de ahí tomar licencia por tomarla, no la toman. Ellos no toman licencia, por lo mismo, por lo que significa tomar una licencia (Carmen, Cajera, SB1)

e) *El cuidado como privilegio de unos pocos*

En estas prácticas se observa que la posibilidad de colocar la salud por sobre el trabajo y la producción es casi un privilegio. En el *cuidado* hay trabajadores más empoderados que otros, es decir, hay trabajadores que pueden *cuidarse* más que otros, pues tienen jefes más comprensivos, puestos de mayor responsabilidad, mayor antigüedad y confianza de los superiores, etc. Las siguientes citas muestran la comparación entre estas dos experiencias: en una, Amanda y Pablo, quiénes mencionan que tienen la facultad de decidir cuándo cuidar su salud; y en otra, Carmen, a quien le han negado permiso para salir del local cuando se sintió mal, y que ha negociado con su jefa condiciones que afectan negativamente su salud:

De repente me ha costado sacar más mercadería a la sala, por el dolor de brazo, y ahí tengo que decirle a mi jefe: no, no puedo más. No puedo levantar más cajas de plátano. No puedo traer más piñas o hoy día no voy a reponer mucho porque no me siento en las condiciones para hacerlo (Amanda, Reponedora, SA2)

Pero fatiga física, lesiones a nivel muscular. Yo tomo las precauciones. O sea, si yo siento que hay algo raro en mí, yo voy a bajar el ritmo, le guste o no le guste a mi jefe (Pablo, Reponedor, SA2)

E: ¿Pidió permiso para irse y no la dejaron?

S: Claro, que esperara hasta las nueve. Y de ahí los ungimientos, después opté por acupuntura y así que ahí quedé bien, para poder trabajar (Carmen, Cajera, SB1)

Otro tipo de posición es la que asume Marcela, quien, a pesar que tiene condiciones de trabajo desfavorables, señala poner su vida y su salud por sobre los intereses productivos y monetarios de la empresa, de manera que, si bien no puede modificar sus condiciones de trabajo, no implica por ello que incurra en prácticas que perjudiquen su salud para cumplir las exigencias de la empresa:

Cuando la gente anda agresiva, anda agresiva contigo. Y te dicen: pero acá sale a este precio y acá sale otro. Pero si yo trabajo acá no más. O “me cobraste tanto”. “yo no le estoy cobrando, la máquina le está marcando”. “no se preocupe, yo llamo a la persona encargada” y ya no me caliento más. Acá tienes que estar viendo si salen con mercadería, también no podís decir nada, porque estás todos los días sentada en el lineal, la gente te ubica, te conoce, igual hay mecheros. Y ves que el guardia está casando pajaritos, viendo una mujer que pasó pa allá y por acá sale un carro con mercadería. Yo no me voy a parar a decirle al guardia. Yo primero está mi vida, aunque vea, no es mi trabajo y no es mi problema, para eso hay cámaras, hay guardias. Ahora si el guardia no resuelve bien su trabajo no es problema mío. (Marcela, Cajera, SA1)

Pablo también profundiza en esta distinción, donde menciona que los trabajadores que adhieren a las metas y exigencias de la empresa, en su totalidad, se terminan enfermando. En el fondo, es un relato que indica la necesidad de reconocer que lo que es bueno para la empresa, no es bueno para uno, como trabajador. Es el caso igualmente de Julio, quien rechazó la negociación con la administradora del local que le pedía renunciar por causa de su trastorno mental, poniendo en primer lugar su salud:

Bueno, he hecho ella me ofreció que me fuera del local, y llegábamos a un acuerdo y me pegaba los años de servicio y que me fuera, porque no se sentía segura ella igual, yo entendía su parte, entendía la parte de ella. Pero yo tenía que ver por lo mío, y me ofreció tanta plata pero yo encontré que fue muy poco. Yo tenía que ver por mi salud así que le dije que no, no acepté lo que ella me ofreció (Julio, Carnicero, SB2).

V.3.2.4 Prácticas colectivas y prácticas individualizadas en salud

El colectivo/equipo de trabajo funciona como fuente de apoyo importante para soportar el ritmo y las condiciones laborales, y en él, los trabajadores van creando estrategias para la protección de la salud, como transformar el ambiente de trabajo a uno amigable para trabajar, ayudarse a hacer fuerzas, reemplazar turnos, preocuparse de la salud de los otros, forjar relaciones de amistad, etc. La creación de vínculos es una herramienta que ayuda a los trabajadores a enfrentar la carga de trabajo, y mantenerse “saludables” en la medida que disipan el estrés. En panadería y carnicería se narra también cómo ellos mismos arreglan la maquinaria y herramientas de trabajo que está deficiente, para poder trabajar mejor. Es un *cuidarse entre todos*:

Como que todos bien, o el jefe “ya chiquillos, la pega, ya bebida”. Les consigue bebida. Es como un premio por el esfuerzo, o no sé, algo para comer que no sea de la sección. Son como los premios que uno consigue de repente, pero el ambiente no es malo. Que la talla, la música, el baile, que no falta el que se pone a bailar. Entonces como que ahí uno igual... yo me río todo el día (ríe). Porque tenemos un compañero que es muy divertido y ahí uno se desestresa un poco y se olvida que tenís que trabajar. Pero cuando tenís que trabajar así pesado hay que estar ahí. Pero en general el ambiente de trabajo no es malo. De hecho con él, cuando trabaja ahí no pololeábamos todavía, nos reíamos, peluseábamos (Rogelio, Panadero, SB2).

Sí, nos cuidamos entre nosotros. O a veces cuando uno necesita ayuda nos es necesario que la pida, sino que uno ya está ayudando. Hay que cuidarse, porque si no lo cuida uno o el compañero... Ya dijimos que no sale a cuenta el tirar la licencia, así que nos cuidamos. Igual hay buena onda, yo creo que por el tiempo que llevamos, hay varios que llegamos cuando abrieron el local, ya vamos para los 15 años aquí (Julio, Carnicero, SB2)

De mis compañeras: “ya, déjate de hacer fuerza, yo te ayudo”. Entonces eso también se agradece y se notan que están preocupados por uno (Adriana, Reponedora, SA2)

Por el contrario, en las secciones de trabajo individual, como cajas, las experiencias en trabajo-salud son completamente individualizadas, así como sus prácticas en salud. En las cajeras destaca la percepción de que *cada uno se preocupa por sí mismo*:

Estrés, estamos todas estresadas, estamos cansadas, no han contratado más personas. Entonces tú haces el trabajo como de dos personas. Hay veces que vemos la fila y al ver la fila te estresas. No tenemos un apoyo más grande si un cliente viene y te falta el respeto, te gritonea, nadie hace nada. El guardia no se mete, las supervisoras no se meten. Tú sola debes tratar de no tener problemas (Marcela, Cajera, SA1)

V.3.2.5 Ingenios: la brecha entre la teoría y la práctica

Los trabajadores aluden a que existe una brecha entre la teoría y la práctica en las indicaciones y capacitaciones que realiza la empresa sobre salud laboral o sobre cómo deben trabajar. Esta brecha se debe a que no siempre tienen las herramientas, maquinarias o tiempo para cumplir estas exigencias. En este contexto, buscan maneras que les acomoden a sus cuerpos y sus fuerzas (así como sus estados mentales), les hagan el trabajo más rápido y les permitan cumplir con los objetivos productivos. Los denominamos como “ingenios” “saberes del trabajador”. que muchas

veces se experimentan como “trampas” a la producción, bajo el principio que ellos son los que saben cómo realizar mejor su trabajo. Muchas de estas prácticas son dañinas para su salud, pero según los entrevistados, es la única forma de cumplir las exigencias y, de todas formas, dicen procurar el equilibrio entre cumplir la carga laboral y cuidar su salud:

S2: O sea, teóricamente para agacharte tenís que flectar las rodillas. Pero si va a levantar un canasto lleno de pan, no podís flectar las rodillas, porque cómo te parai con el canasto lleno, entonces tenís que agacharte de otra manera.

S1: Uno tiene que buscar su acomodo.

S2: Porque si no te vas de espalda, a nosotros nos ha pasado lo mismo. Porque si voy a sacar de un carro, la pastelería usa carros para dejar la mercadería, yo no me puedo agachar a flectar las rodillas, porque la bandeja viene con cosas, entonces, no sé po, me voy de espalda, me voy para adelante. Entonces hay que saber agacharse de otra forma. La teoría lo dice, pero la práctica es como súper distinto (Rogelio, Panadería; Amanda, Panadería, SB2).

V.3.2.6 El “aguante” y la lucha contra la enfermedad

Los trabajadores, al preguntarles cómo gestionan el tener que trabajar con diversos dolores y problemas de salud, refieren a que lo hacen *trabajando simplemente* o *sacando el trabajo igual*, aludiendo a la idea de terminar su labor del día e ingeniárselas para sortear las dificultades de su trabajo. También es importante la noción de *aguantar*, relacionada con la capacidad de soportar las condiciones de trabajo adversas, sus problemas de salud, y cumplir su trabajo y hacerlo bien, lo que va asociado a sentimientos de gratificación y satisfacción personal y laboral:

Con menos gente la cosa es peor, nos hemos dado cuenta con la gente que han echado y nos hemos tenido que esforzar un poco más, pero las cosas las hacemos igual po, a lo mejor no como antes, pero sí las hacemos bien y las hacemos igual, aunque nos demoremos más, pero nos toca hacer cosas que antes hacíamos 3 ahora las tenemos que hacer 5, pero las hacemos igual (Julio, Carnicero, SB2)

No, pero yo con mi dolor y todo la hacía igual (Carmen, Cajera, SB1)

En un escenario de trabajo al que están sometidos a constante estrés y agotamiento mental y físico, los trabajadores cuentan también la importancia de *darse ánimos* o *hacerse los ánimos* para trabajar, ya sea entre compañeros, o a ellos mismos:

Sí, cansador. Tenís que darte el ánimo. En la mañana no te dan ganas de levantarte. Pero hay que seguir (Marcela, Cajera, SA1)

No, o sea como que te sientes cansada, como que no quieres trabajar, no quieres ir al trabajo, eso. Pero hay que darse el ánimo (Carmen, Cajera, SB1)

Mediante estas prácticas subjetivas los trabajadores asumen una especie de lucha contra sus estados de salud. La salud, cómo veremos más adelante, es significada como el *todo* en la vida de las personas, y su pérdida se vive como un miedo de volverse inservibles (para ellos, para sus hijos, para su trabajo). Así, Marcela, por ejemplo, asume una lucha contra su enfermedad, que implica cansancio y agotamiento, pero que está decidida a ganar. Para ello, se da ánimos, es responsable con su cuidado, no *achacándose*...:

Porque si no tengo salud no voy a poder hacer nada. Cuánta gente que se enferma, queda postrada y ahí queda, no lucha. Yo con mi enfermedad, para mí no tengo artritis. Yo trato de no, mis manos no se van a enchuecar. Yo voy a seguir adelante, yo le voy a ganar a esta enfermedad, aunque de repente parezca una lechuga marchita, trato de darme ánimos y fuerza y seguir, tomarme mis pastillas. Si tengo que ver a otro médico, veré a otro médico. Pero... y a base de pastillas seguir funcionando, pero, no me achaco. Te cansai, te agotai, pero sacai fuerzas y te parai de nuevo, pero tengo que seguir adelante, por mis hijos chicos y mirando a mis hijos me doy ánimo. Tengo que cumplir cuántos años más con colegio. Tengo que darme ánimo (Marcela, Cajera, SA1)

La ilustración de *no dejarse estar* resume la necesidad de tomar acciones frente a sus problemas de salud, sin dejar que pase el tiempo sin tomar los cuidados necesarios. Las prácticas del cuidado de salud entrarían dentro de esta concepción:

Si tú sientes que te está dando algo en la espalda. Obviamente vas a notarlo, lo importante es que la persona sea capaz de identificar el dolor, identificar ese malestar. Y tomar acciones con ese malestar, no dejarse estar (Pablo, Reponedor, SA2)

V.3.2.7 Trabajadoras mujeres y doble jornada

Las mujeres, aparte de enfrentar la relación trabajo-salud en el espacio laboral, deben hacerlo en el espacio doméstico, para lo que desarrollan algunas prácticas específicas. La más mencionada es no estresarse por las labores del hogar, y hacer lo que se pueda cuando haya el tiempo. Otra es contar con el apoyo de la madre o los mismos hijos. Así, Adriana menciona que no va a enfermarse por intentar hacer todo en la casa, que trata de no estresarse y se *hace la loca* con el

aseo, el que realiza solamente cuando tiene tiempo. Mariana, relata también *no calentarse la cabeza* y tratar de hacer todo lo mejor posible. Con todo, esta *doble jornada* aumenta el cansancio y el agotamiento que experimentan. Las labores del hogar se suman al cansancio del trabajo, y significan en todos los casos mayor carga de trabajo mental y física para estas mujeres:

Claro, porque llegai a la casa y en vez de descansar y dormir, tenís que llegar a hacer las cosas. trato de hacer todo más temprano. Ya cosa que a las 9 estemos todos listos y cada uno para su pieza, para poder descansar un poco más. Y a las 6 y media al otro día estás funcionando. Yo tengo mi nieta, tengo una nieta. A las seis y media se levanta porque a las siete la pasa a buscar el furgón. A las 8 parten los míos, los dos. Y así va hacer. Y mi otra hija a trabajar y mi otra hija para la u. así salimos todos. Y al final, la hora que me vengo a la semana, que me venga a las 8: 10, mi mamá queda sola. No queda nadie más y de las cuatro y media empiezan todos a aparecer. Ésa es la rutina de todos los días y el día que tenía libre, tratái de no hacer nada. Estar en tu casa y no hacer nada. Ojalá no tuviera que salir ni a comprar, te juro. Estar todo el día en mi casa echada, que no me siento, me echo. Y a veces te dan un puro día libre en la semana y es poco. Es poco y estar pensado que ahhh, y para tener dos días libres a la semana yo tengo que trabajar 9 horas y media diarias. Entrar a las 8 y salir a las 5 y media de la tarde. Puedo entrar a la 1 y salir a las 10 y media de la noche, todo el día (Marcela, Cajera, SA1)

V.3.3 Conclusiones capítulo

La experiencia que tienen los sujetos con el sistema mutual y con la empresa por sus problemas de salud determina en gran medida sus percepciones sobre la relación entre trabajo y salud. Sin duda, las malas experiencias generan desconfianza en las instituciones, así como también mayores dificultades para gestionar sus problemas de salud laboral, aumentando las sensaciones de vulnerabilidad y desprotección. Estas experiencias se traducen en prácticas individualizadas en salud laboral, donde los trabajadores deben ocupar sus propios recursos para gestionar sus accidentes y enfermedades (como atenderse en el sistema de salud común, auto medicándose, realizándose chequeos médicos periódicos, etc.)

Los trabajadores estarían constantemente negociando entre sus estados de salud y el cumplimiento de su trabajo, su bienestar físico/emocional y las demandas de la empresa. Al respecto, se identifican quienes privilegian su salud por sobre las exigencias productivas, y quienes desplazan su bienestar momentáneamente, por causa de sus condiciones objetivas de vida (problemas económicos, riesgo de desempleo, etc.). En el primer caso, son prácticas que

corresponden—en mayor medida— a trabajadores “privilegiados”, empoderados respecto a la importancia de su salud, y con posibilidad de negociar con sus jefes. También pertenecen a trabajadores más desfavorecidos, quienes, mediante el despliegue de prácticas menos “evidentes”— Scott (2000) hablaría de “prácticas ocultas” o “invisibles” al discurso público y oficial— intentan evitar los efectos dañinos del trabajo. Entre ellas es posible diferenciar el no involucramiento subjetivo con los intereses de la empresa, la elección de qué exigencias cumplir y cuáles no y el desapego con su labor, asociadas casi de manera exclusiva con la resistencia a incluir emociones y afectos en su trabajo. Hay que recordar que en el modelo de gestión de recursos humanos en *retail* y supermercado, es vital la apelación a las subjetividades, emociones y personalidad de los trabajadores al proceso productivo. Entre los entrevistados, hay casos de rechazo explícito a esta forma de gestión, considerándola dañina para su salud (como señala Marcela). En el segundo caso, corresponden a trabajadores con condiciones de trabajo altamente precarizadas y con riesgo (o miedo) de perder su empleo, lo que los lleva a resguardarlo y privilegiarlo por sobre su salud, como fuente principal de ingresos y de realización personal (como es el caso de Carmen).

En el Capítulo III.4.4 (Marco teórico) se hizo alusión a que los comportamientos en salud dependen de un “sustrato de creencias” que determina las ideas que los sujetos tienen sobre cuidarse y los comportamientos que conlleva (Di Nicola, 1994), y así ha sido identificado en las entrevistas. Una de las nociones compartidas más significativas es la idea de mantenerse *estables* para poder seguir trabajando (en el día a día, y a futuro), que implica un constante re-equilibrio y *negociación entre trabajo y salud*, que se va decidiendo cotidianamente. Los trabajadores no buscan un bienestar completo, sino la “suficiente” fuerza y entereza mental que les permita continuar produciendo. Esto lleva a pensar que el discurso del *cuidado* se mueve en ocasiones más en el ámbito de lo normativo (un deber ser) que de la acción. Las prácticas, bajo esta noción, estarían orientadas a cuidar de sus trabajos— sobre todo ante la sensación de un mercado inestable— y a la vez de su salud, buscando diversos acomodos para mantener un equilibrio.

Otra noción que orienta las prácticas de los entrevistados es la satisfacción de realizar bien su labor, a pesar de las experiencias de dolor, problemas de salud y las condiciones de trabajo adversas. La motivación de *hacer el trabajo bien hacer y hacer el trabajo igual*, relacionado con un *ethos del buen trabajador*—que se estudiará más adelante— es fuente de importante realización, en una formulación del tipo “mi problema de salud no me impide ser buen trabajador”. De ahí, los sujetos se esforzarían y trabajarían a pesar de sus dolores, molestias y

desgano, teniendo en cuenta siempre cuál es el límite para su salud, como bien resume la frase de Adriana:

Es un complemento de ambas cosas. Trabajo en la medida según mis capacidades, pero no... si yo tengo algún problema, me siento, mal tengo que ir al médico, porque tengo mi trabajo y lo quiero y lo cuido mucho, pero si no tengo salud, no voy a seguir trabajando. Yo creo que las dos cosas es vida (Adriana, Reponedora, SA2)

En este contexto es posible comprender algunas prácticas “inseguras” descritas por los trabajadores, como la automedicación (tomar ibuprofeno/paracetamol todos los días), el no querer ir al médico o mutualidad para no tomar licencias, no seguir las normas e indicaciones de SSO pensadas para su bienestar, buscar acomodos para realizar sus trabajos, no usar sus implementos de seguridad por estar apurados, entre algunas. En ellas, los trabajadores privilegiarían el hacer bien sus trabajos y/o cumplir con las exigencias de la empresa. Pero, no significan, necesariamente, un descuido total de su salud. Para los entrevistados, el asistir al médico, tomar sus remedios, y alimentarse saludable constituyen prácticas que los mantienen lo “suficientemente” saludables.

Asimismo, destaca en la experiencia de los trabajadores las *prácticas subjetivas*, que tienen que ver con modos de ser y de comportarse en relación a salud laboral. La necesidad de *darse ánimos*, de *hacer las cosas bien igual* y de *luchar* son disposiciones subjetivas que asumen los entrevistados para poder mantenerse sanos, íntegros y continuar trabajando. El *cuidarse* y *ser responsable*, por ejemplo, en muchas maneras es una práctica subjetiva, que se posiciona como estrategia para sobrevivir dentro del supermercado (y como fuerza laboral activa), puesto que la falta de salud significa la exclusión del mercado laboral y la sociedad.

V.4 Significaciones trabajo, salud y vínculo entre ambos

Otra dimensión del estudio entre trabajo y salud son los significados que los entrevistados atribuyen a la salud y al trabajo. Como hemos ido señalando, el individuo no es un ser aislado, y sus comportamientos siguen cánones culturales socialmente establecidos que se comparten y tienen sentido dentro de una red y un contexto. Los sujetos dan sentido a sus sufrimientos, los que están orientados culturalmente, pero también son negociados con las instituciones y los “otros”. A la vez, las experiencias de sufrimiento y dolor son sociales, “tanto porque los modos

colectivos de la experiencia moldean la percepción y las expresiones de los individuos, como porque la interacción social entre los actores es también constitutiva de los padecimientos” (Kleinman y Kleinman, 1997; en Castro, 2000, p. 117). Por ello, tiene sentido preguntarse por las significaciones que los trabajadores construyen en torno a sus problemas de salud en el trabajo, y cómo se realiza esta construcción. En este apartado se profundizará en las percepciones de los entrevistados sobre el vínculo entre trabajo y salud, así como en las significaciones que construyen sobre la salud y el trabajo por separado.

V.4.1 Significaciones sobre los efectos del trabajo sobre la salud

En las entrevistas fue posible diferenciar dos relatos globales sobre el vínculo entre trabajo y salud. Independiente de que existan matices entre ellos, cada uno representa a un tipo específico de trabajador con condiciones de trabajo y salud determinadas. La mayoría de los relatos percibe un efecto negativo del trabajo sobre la salud. Estos discursos no son excluyentes, sino que más bien predominan en determinados grupos de trabajadores.

V.4.1.1 Relato 1: “Las enfermedades son parte del trabajo”

En este primer relato, el trabajo, con el paso del tiempo, produciría secuelas negativas en la salud, de manera inevitable y natural. El hecho mismo de trabajar tendría consecuencias para el cuerpo físico y la salud mental. Julio resume muy bien este relato. Para él, el hecho de trabajar toda la vida como carnicero, realizando por muchos años “fuerzas mal hechas”, ha decantado en el desarrollo de una hernia lumbar:

Y lo otro es que por el tiempo las enfermedades van a llegar igual, estar expuesto tantos años, tanto tiempo al frío, a la larga igual trae consecuencias. Así que yo creo que están los dos puntos ahí, lo bien que hace el trabajo y también lo mal a futuro, yo creo que igual vamos a tener repercusiones (Julio, Carnicero, SB2).

Este relato predomina en trabajadores de “oficios”, como carniceros y panaderos, en este caso. En ellos existe ya una cultura de prevención de riesgos de larga data, por ser oficios antiguos, en la que los riesgos, accidentes y enfermedades, están enlistados con claridad. De hecho, son los trabajadores que reciben mayor cantidad de capacitaciones en el contexto supermercadista, por considerar sus funciones como más peligrosas. En este contexto, los problemas de salud son experimentados como *gajes del oficio*, que vienen incluidos con el trabajo. Los problemas de salud laboral se relacionan acá más con el *tipo* de trabajo realizado que con las *condiciones* de

trabajo. Los carniceros entrevistados, por ejemplo, narran sus distintas lesiones musculares y cortes como frecuentes y normales.

V.4.1.2 Relato 2: “Este trabajo merma tu salud”

Este relato, a diferencia del anterior que se relaciona a un oficio, hace alusión al trabajo *en* supermercado, calificándolo como un trabajo que consume, envejece y merma la salud producto de su intensidad, la presión constante y el estrés al que expone. La relación que establece este relato entre salud y trabajo no tiene tanto que ver con daños específicos, como en el discurso anterior, referidos a cortes, heridas, problemas musculares u otros, sino más bien alude a un efecto global del trabajo sobre sus estados mentales y físicos: el trabajo consume y envejece, afectándolos de manera integral.

Como que te consume el trabajo, te va consumiendo. Y a veces por esperar más cosas, te ponís más trabajólica. Y vas dejando a ti de lado, vas descuidando la salud. Y cuando ya vas al médico, nada que hacer (Marcela, Cajera, SA1)

Bueno, desde que entré a trabajar envejecí. Sí. Y se nota. Se nota también en otras personas. En este trabajo envejeces. Te agota, tanto física como emocionalmente, se ve el cansancio en una persona que lleva años trabajando (...) O sea, te pongo un ejemplo, el jefe de percederos de mi local tiene un año más que yo. Pero se ve como si fuera de cinco, seis años más viejo que yo. Entonces, ése es un ejemplo de que sí este trabajo te envejece. Este trabajo sí merma, de cierta forma, en tu salud (Pablo, Reponedor, SA2)

En este relato abundan las experiencias de cansancio, desgaste, agotamiento y monotonía, caracterizadas por los entrevistados como propias de la rutina diaria en supermercado. Y es propio de trabajadores expuestos al trato con el cliente y que no ejercen algún oficio o profesión, es decir, principalmente cajeras y reponedores. Es interesante constatar que predomina en las mujeres, quiénes se ven expuestas a mayores niveles de cansancio al tener que cumplir una *dobles jornada* en el trabajo y en su hogar. Además, la mayoría de los trabajadores que desarrolla este relato tienen condiciones de trabajo más desfavorables.

V.4.2 Causalidad trabajo-salud: cómo el trabajo afecta la salud

Otro tipo de relatos preponderantes en el discurso de los trabajadores son los que intentan explicar las causas de los problemas de salud en el trabajo, entre los que es posible identificar puntos de encuentro significativos con el discurso oficial. Los entrevistados construyen dos tipos de relatos, que se confrontan recurrentemente en sus narraciones, y corresponden a experiencias disímiles

de trabajo-salud. Es importante mencionar que estos relatos no son excluyentes el uno del otro, existiendo matices en los entrevistados, sin embargo, hay uno que tiene más predominancia sobre otro en sus discursos.

V.4.2.1 Relato 1: “La culpa es del trabajador”

En este relato, los trabajadores explican los accidentes y enfermedades laborales como responsabilidad del propio trabajador, lo que conlleva, en cierta medida, a negar su origen laboral. Son laborales porque son originados dentro del espacio de trabajo, pero no son provocados por el trabajo en sí, sino que son producto de descuidos e irresponsabilidades por parte de los trabajadores. Por un lado, la razón de los distintos siniestros sería el actuar irresponsable y descuidado del trabajador: cortando la carne sin guantes metálicos, sin ver lo que está haciendo, levantando cargas pesadas en posiciones incorrectas, haciendo fuerzas con malas posturas, etc. Y por otro, dado que el trabajador es el primer y único responsable de su estado de salud y de su vida, aunque las condiciones de trabajo sean desfavorables, es él quien debe cuidarse y ser responsable.

Este discurso es característico de la explicación de los *accidentes de trabajo* de la mayoría de los trabajadores. Los accidentes de trabajo estarían causados por irresponsabilidad de los trabajadores, como menciona Adriana (reponedora, SA2): “*Porque a veces uno se fija también. Por hacer las cosas rápido, que no hay cuidado, u ocupa materiales que sabemos que no debemos y lo ocupamos, para terminar rápido, para abrir la caja rápido.*” Y aunque en ocasiones reconocen la influencia de la organización del trabajo, sobre todo en cuanto a la presión a la que se ven expuestos para terminar las tareas en un tiempo determinado y con un número mínimo de personal, continúan siendo, en el caso de accidentes, responsabilidad del trabajador. No es así, sin embargo, al explicar la relación entre trabajo y enfermedades profesionales.

Al hablar sobre *enfermedades y molestias laborales* es donde este relato es característico sólo de un tipo específico de trabajador, contraponiéndose a otro. Aquí la causa tanto de accidentes como de enfermedades son los descuidos y fuerzas mal hechas de los trabajadores, mencionando que, si el trabajador es precavido, responsable y cuidadoso, las enfermedades no deberían suceder. Los trabajadores en general “no tienen excusa” porque a las secciones de mayor riesgo (panadería, fiambrería y carnicería) se les realizan capacitaciones de cómo realizar su trabajo. Y si percibe que cierta labor está haciendo daño en su salud, debería dejar de realizarla, o hacerla

por menos tiempo, de lo contrario, la responsabilidad es de él por realizar tareas en menoscabo de su propia salud. Si uno se enferma, es porque no hizo caso a cómo debe hacerse el trabajo:

Yo creo que es casi lo mismo, si lo vemos desde ese punto de vista, porque si te enfermas de lumbago es porque estás haciendo mal tu pega, porque hay postura y todo eso, haces fuerzas que no deberías hacer, cuando las puedes hacer de dos, pero las puedes hacer solo (Armando, Carnicero, SB2)

E: Y, ¿por qué crees tú que la gente se enferma en el trabajo?

S: Por qué la gente se enferma en el trabajo, porque a pesar que se les enseña cómo hacer bien el trabajo, no lo hacen cómo les enseñan, sino que lo hacen cómo ellos creen que es mejor. Las lesiones en espalda, en brazos, en cintura, en la sección en que yo estoy, generalmente es porque o no se usan los implementos de seguridad, ya sea la faja. O simplemente porque no se toma una buena postura en el levantamiento de la caja. Entonces, yo creo que por ahí va lo que son las lesiones en el trabajo y las enfermedades laborales. Por una negligencia netamente del colaborador (Pablo, Reponedor, SA2)

O sea, ahí, de primeras, es algo netamente personal. Si tú a pesar de estar con un lumbago, a pesar de estar con una lustración o con un esguince, decides trabajar, eso es netamente negligencia tuya (Pablo, Reponedor, SA2)

En este discurso es interesante cómo la negligencia de los trabajadores desliga de responsabilidad a las condiciones de trabajo, siendo excluyentes. Para Jorge, a pesar de que menciona que en ocasiones las circunstancias y la presión del momento pueden provocar accidentes, es el trabajador quien debe tener la capacidad de que las situaciones de presión no lo sobrepasen controlándolas en favor de su salud.

A ver... tengo un compañero que tiene una hernia lumbar, y un día llegó del trabajo temprano, y al mover un mueble y hacer la fuerza le pusieron el tirón inmediatamente y fue derivado... No sé si fue a la Mutual, la Mutual le va a dar los tratamientos adecuados, pero es un tema que él trae de atrás. Es como si yo tuviera una escoliosis que traigo en el tiempo, pero no propiamente tal en el momento, porque no es como una fractura que se ocasiona en el momento, es diferente (Jorge, Frutero, SB2)

Este discurso posee amplias semejanzas con el discurso oficial, revisado en el Capítulo V.2.3, basado en la responsabilización del trabajador, y los entrevistados que adhieren a él son los que hemos denominado como “privilegiados”.

V.4.2.2 Relato 2: “La culpa es de las condiciones de trabajo”

Distinto al “discurso oficialista” descrito anteriormente, es el de los trabajadores que consideran a *la forma de trabajar* y la organización del trabajo el origen de sus problemas de salud. Por ejemplo, las cajeras describen el hecho de estar sentadas todo el día, el mal estado de las sillas, el tener que levantar objetos pesados, el pasar por cajas miles de productos al día, la mala relación con los clientes, etc. Dependiendo de la sección (y de la forma de trabajar) se desarrollan distintas patologías.

Igual las rodillas. Nosotras igual las rodillas se afectan, por la mala circulación, estar mucho rato sentada. Tratamos de trabaja un rato de pie, un rato sentadas. Pero son enfermedades que se van declarando con la forma de trabajar (...) Según el trabajo, uno. Porque yo no creo que voy a tener los mismos problemas de las que están en carnicería. Las carniceras andan metidas en las cámaras de hielo. Pienso que es por la forma de trabajar. El hecho que nosotras estemos mucho sentada. Ya nos estamos enfermándonos de las rodillas, el cansancio en la espalda, los hombros. Y otros de otra forma, no sé cuál sería el... (Marcela, Cajera, SA1)

Para Carmen el simple hecho de trabajar como cajera hace 20 años es razón suficiente para que su tendinitis sea de origen laboral, a pesar que la mutual no lo reconozca:

E: ¿Hace cuánto presenta tendinitis? ¿Cuándo se empezó a dar cuenta de los síntomas?

S: Uff... De hace cuánto... Desde que trabajaba en el Unimarc, pero ahí fueron leves, pero ya cuando empecé a trabajar acá, es que acá son más cosas, el digitar, hay que rápida, entonces todo eso me afectó (Carmen, Cajera, SB1)

Este discurso es propio de trabajadores que han tenido experiencias de problemas de salud crónicos en el trabajo, como tendinitis, hernias lumbares, problemas a la columna o ciertas patologías mentales (por nombrar algunas) que, en la mayor parte de los casos, no han sido recepcionadas por la empresa y/o el sistema mutual. Son trabajadores que poseen percepciones de precariedad en sus condiciones de trabajo, que narran estar sometidos a una fuerte carga laboral, y la convivencia con problemas de salud que les provocan dolor y sufrimiento. También son trabajadores cuyo compromiso con la empresa no es tan alto y están insatisfechos con varios aspectos de sus condiciones laborales. En fin, trabajadores en los que existe un relato de vulnerabilidad y desprotección importante, como en Carmen, Marcela y Rogelio, como casos más ejemplares.

V.4.2.3 Relato 3: La doble jornada de trabajo

Para las mujeres el cansancio es doble, sobre todo si tienen hijos, pues al llegar al hogar deben cumplir sus trabajos de madres y dueñas de casa. De esta forma, ellas poseen un discurso particular de por qué se enferman en el trabajo, incluyendo en él el cansancio y la presión que significa la doble jornada de trabajo y los ritmos acelerados de la vida moderna:

Y en cuanto a la demás gente que se enferme, vivimos en un mundo todo tan rápido y eso mismo hace que, yo tengo compañeras que, ya, yo tengo que trabajar en la mañana, llegar a la casa, hacer la comida, que ver a mis hijos, que planchar y lavar. Y vivimos todos en ese círculo. Uno anda corriendo todo el día y se acuesta a las 12, 1 de la mañana para poder avanzar con las cosas de la casa también. Entonces es como eso, la presión del día, de la vida (Adriana, Reponedora, SA2)

A esto se le suma el estrés que provoca el dejar a los hijos solos y verlos poco, sobre todo cuando son pequeños, por las extensas jornadas y los turnos de fin de semana, además de perderse oportunidades y fechas especiales para compartir con ellos. Mariana (Fiambrería, SB2) cuenta de su depresión post-parto causada por el poco tiempo que tenía para estar con su bebé después que naciera. El trabajo se vuelve en este caso privación del tiempo familiar, que es causa de estrés y frustración en especial para las mujeres, aunque hay hombres entrevistados que también destacan este aspecto.

V.4.3 El caso particular del estrés

Sobre el estrés laboral los entrevistados construyen relatos específicos, dada la importancia que tiene en sus experiencias, sobre los que vale la pena profundizar.

V.4.3.1 Relato 1: “El estrés no es un problema de salud laboral”

Hay trabajadores que consideran que, al menos en las secciones donde se desempeñan, el estrés no puede tener un origen laboral, sino que tiene que ver con elementos exteriores. Los trabajadores que sufren de estrés sería porque traen los problemas del hogar al espacio laboral. Además, el tipo de carga laboral no sería la suficiente para producir estrés y el trabajo físico no podría enfermar psicológicamente. Sólo aquellas secciones que tienen más responsabilidad y carga mental, como las cajeras o los jefes, podrían sufrir alguna patología mental. Se hace una separación entre el “trabajo físico” y el “trabajo mental”, siendo el primero causa de enfermedades físicas y el segundo causa de enfermedades psicológicas. Es una postura que más que negar el origen laboral de los problemas de salud mental, los cuestiona. Este relato predomina

sobre todo en la sección de carnicería, compuesta principalmente por hombres que tienen que realizar un trabajo físico importante.

Yo creo que cosas de la casa y las traen para la pega, sino por qué. Pero los tienes que dejar afuera, así como cuando llegas a tu casa los problemas de la pega los tienes que dejar afuera. Yo lo veo así, pero hay mucha gente que de repente se ha enfermado de estrés. A lo mejor de repente te aburres, te sientes cansado, o no llegas con ánimo, pero eso para mí no es estrés. Creo no haberme equivocado, pero para mí el estrés es una cosa mental no es una cosa física. A lo mejor se te estresa tu cuerpo físicamente por el trabajo que haces diario, porque haces demasiada fuerza y todo eso, y a lo mejor se te cansa la máquina, pero no lo veo de otra manera (Armando, Carnicero, SB2)

Si po, ha habido muchas muchas personas estrés laboral acá. Aunque también es un poco cuestionable ese tema. Yo gracias a Dios no he sufrido eso, o a lo mejor lo he sufrido pero no me he dado cuenta, porque como yo sigo trabajando, como me superé por mi enfermedad, yo creo que es lo mismo. En otros sectores ha pasado, por ejemplo el sector cajas, que están sometidos a un estrés muy fuerte ellas, a un estrés ahí... (Jorge, Frutero, SB2)

Jorge, reponedor en SB2, plantea otra arista de este discurso. Cuestiona a los trabajadores que sufren de estrés laboral señalando que, en general, son jóvenes y/o no tienen la habilidad de soportar el ambiente de trabajo del supermercado. Para él, hay que aprender a trabajar en un contexto supermercadista y aprender a superarse:

La causa es el cliente, generalmente, el cliente es muy exigente. Y la exigencia laboral de que la cajera tiene que preocuparse, por ejemplo, de ofrecer la tarjeta, de no equivocarse del vuelto, de no tener pérdida de caja... O el estar todo el día encerrado... A todos les afecta, sobre todo a los jóvenes les afecta mucho porque ellos vienen de un mundo diferente, y el mundo que vivimos acá es interno, uno está 7 horas y medio, 8 horas acá, y tiene que estar metido acá. No todos superan eso si po (Jorge, Frutero, SB2)

Cómo se observa, hay notables semejanzas con el discurso oficialista. En estos relatos, también se apela a un *tipo* de trabajador que se enfermaría de estrés en el trabajo, y otro que no. El trabajador que sufre estrés es aquel que no sabe separar los problemas laborales de los del hogar, que “*nada lo encuentra bueno*”, asociado a alguien flojo y quejumbroso, que es joven y/o nuevo, que no tiene capacidad de soportar el clima y el ritmo de trabajo, que no tiene la habilidad de trabajar en supermercado, que no tiene la capacidad de superarse a él mismo. El discurso

propone que solo aquellos con trabajos con mucha responsabilidad pueden tener problemas de salud mental:

Claro, ahí lo que pasa es que mentalmente se va tirando para abajo. Como tú dices esa es una de las causales por las que la gente se estresa de repente, o dicen claro “Tengo un estrés” y va el médico y le dice “Ah, estrés laboral” Pero yo creo que pasa por eso, no pasa por otra cosa. Y además que hay gente floja también, como en todos lados, y ellos se estresan por todo que nada lo encuentran bueno (Armando, Carnicero, SB2)

V.4.3.2 Relato 2: El estrés como problema de salud laboral

Hay trabajadores que identifican la organización del trabajo como el origen de sus problemas de salud mental. Las cajeras, por ejemplo, identifican en sus condiciones de trabajo elementos nocivos para su salud mental, que les generan largos periodos de angustia, estrés, crisis de pánico, jaqueca y otros. Carmen, cajera hace 29 años, tuvo el diagnóstico de parálisis facial por estrés laboral (diagnosticada por médico particular), que ella adjudica al encierro y la “atención al cliente”.

Entonces yo opté porque me dieran un horario de una hasta las ocho... Pero resulta que me mató, incluso ahí, donde parece que estuve mucho encerrada, me dio parálisis facial, este año.

E: ¿Por estrés? ¿Por qué?

S: Por estrés laboral, porque es mucho encierro y empecé a sentir dolor en la cabeza, pedí permiso y no me dejaron irme (Carmen, Cajera, SA1)

Julio, carnicero, que lleva 15 años en SB2, sufrió un caso de podríamos denominar de estrés severo diagnosticado como “trastorno compulsivo”, que le produjo crisis de angustia, insomnio, y agresividad. Él lo atribuye a haber trabajado 10 años seguidos en el mesón de atención al cliente:

Yo atendí 10 años atención al cliente, no tuve nunca ningún problema. Pero eso a mí me pasó la cuenta, yo me enfermé con eso... No sé si tenía estrés, pero llegué a tener la conclusión del diagnóstico de un trastorno compulsivo, porque me pasó que cuando yo quería después dormir en la noche, dormía, cerraba los ojos, y empezaba a cantar números, cerraba los ojos y decía “25”-”26” como que estaba atendiendo gente. Y yo creo que eso me pasó la cuenta de estar tanto tiempo atendiendo al cliente, y yo creo que eso me fue consumiendo (...) Pero me pasó eso, yo creo que por la gente, por el estrés, y por el consumo de... Porque uno igual

se consume todo lo del cliente que viene mala onda, uno tiene que aguantarlo, soportarlo. Y no puede decir nada, porque uno puede hacer 100 cosas buenas, pero si hace una mala, está todo mal, y reclaman, y llaman la atención. Y yo creo que eso me pasó la cuenta, por estar y acumular y acumular y acumular y no desahogarme. Así que eso fue terrible para mí (Julio, Carnicero, SB2).

Cuenta cómo este trastorno alteró su personalidad, queriendo llegar a atentar contra la vida de la administradora del local, sintiéndose como otra persona y teniendo que luchar con su mente día tras día. Más allá de realizar un diagnóstico mental, el objetivo es mostrar el desequilibrio al que llegó este trabajador. Se sometió a tratamiento psiquiátrico, en el que todavía está:

Después yo quería atentar contra la administradora del local, si era un trastorno ya loco, y tuve que hablar con ella y decirle lo que sentía con ella. De alguna manera yo me sentía como una burbuja que quería explotar... (Julio, Carnicero, SB2).

Mariana, de sección de fiambrería en SB2, destaca en su entrevista el *trabajo emocional* (ver Capítulo III.2.3) que debe realizar diariamente, y cómo afecta su salud. Para ella, el aspecto que más le afecta de su trabajo es la atención al cliente, pues por su causa, la empresa le exige “estar siempre sonriendo”, lo que encuentra difícil si ha tenido un mal día o está cansada. Es el cliente quien tiene el poder de juzgar y determinar sus estados anímicos:

E: Y, al revés, ¿cómo sientes que afecta tu estado de salud en el desempeño del trabajo?

S: Em, como atender, nunca he atendido mal al cliente. Pero acá dicen que siempre estemos sonriendo. Y a veces es muy difícil estar sonriendo. Eso yo creo que afecta, “que ella tiene la cara larga, que está enojada, que no me quiere atender”. De repente tú la quieres atender, pero no querés reírte, como que... y él dice “oh, como que está enojada, qué le habrá pasado” “oh, me atendió mal, porque mira el caracho que tiene”. De repente no es porque ellos tengan la culpa, es que tú estás pensando en otra cosa. Eso yo creo más que nada (Mariana, Fiambrería, SB2)

Relata cómo tienen capacitaciones donde les enseñan a tratar con el cliente, que ella identifica como “lavados de cerebro”, pues considera que es un asunto difícil de gestionar:

E: ¿Les hacen cursos de capacitación para atender al cliente?

S: Sí, todo un día, dos días... todo el día en el centro. Pero yo encuentro que eso está mal, porque es como un lavado de cerebro.

E: ¿Cómo, por ejemplo?

S: Que dicen “no, tienes que estar arregle, sea lo que te pase en la casa, tienes que estar alegre atendiendo y decirle: qué más quiere llevar”. Y de repente uno no puede. Si se te muere tu mamá, no vas a andar cagá de la risa. Entonces yo decía que es injusto lo que ellos dicen... y todos dicen que es fácil atender, pero creo que si alguien se pone atender, se pondría en el pellejo de uno. Pero de afuera es súper fácil mirarlo. De adentro no (Mariana, Fiambrería, SB2)

V.4.4 Los riesgos en mi puesto de trabajo

En función de estos discursos y relatos de los trabajadores sobre la relación entre salud y trabajo, podemos identificar de qué maneras el trabajo tiene efectos en su salud, ya sea positiva o negativamente. Dentro de sus percepciones, identifican principalmente “riesgos”, es decir, elementos o situaciones nocivas para su salud, siendo menor cantidad de entrevistas y en menor cantidad de ocasiones donde se habla sobre efectos positivos del trabajo en la salud. La identificación de riesgos varía en las distintas secciones, pero también de las experiencias de enfermedad/salud laboral de cada uno, no obstante, hay elementos que se repiten. En general, se menciona a los *mecheros*, que son un riesgo para la integridad física y mental de los trabajadores; el cliente; el hecho de estar “encerrados” por largas jornadas laborales; la creciente falta de personal (con los años el personal ha ido disminuyendo las tareas aumentando); el mal ambiente de trabajo que se relaciona con el trato con los jefes y los compañeros de trabajo (respecto a lo último, existen casos de hostigamiento laboral); el ruido y el flujo constante de gente; la monotonía y rutina del contexto supermercadista; la falta de tiempo libre y en familia, y el trabajo los fines de semana; la doble jornada (en el caso de las mujeres); y los distintos dolores musculares y óseos, dolores de cabeza y riesgos de accidentes y cortes.

Las cajeras, y trabajadores de otras secciones que están en contacto directo con el cliente, como reponedores o los de panadería, carnicería y fiambrería que atienden el mesón de clientes, lo destacan como una de las principales fuentes de problemas de salud. Los entrevistados cuentan que muchas veces se ven sometidos a tratos humillantes, dependiendo del estado de humor del cliente, los que tienen que soportar con una buena actitud. En estas ocasiones, dicen sentirse desprotegidos y vulnerados, pues no tienen ningún tipo de apoyo o protección contra estos tratos. Son ellos los que deben gestionar sus emociones y la situación. El cliente implica el mandato de estar “siempre sonriente” y “siempre amable”, que se vuelve una exigencia de gran carga mental

para los trabajadores. No obstante, al mismo tiempo, los entrevistados mencionan cómo el cliente es fuente importante de satisfacción y realización en su trabajo, permitiéndoles generar vínculos afectivos y transmitir conocimiento. Trabajadores señalan haber forjado lazos de amistad con clientes, que son los que les permiten encontrar, en parte, sentido a su labor y sobrellevar la carga laboral.

[Hablando de por qué le gusta su trabajo] *Porque enseño, hablo con la gente, le digo para qué es este, y para qué es esto otro, para qué sirve, cómo lo tiene que hacer, por qué no tiene que comprar eso, por qué no tiene que comprar esto otro* (Armando, Carnicería, SB2)

La maquinaria y herramientas de trabajo también son un riesgo importante. En secciones de carnicería, panadería y fiambrería, se vuelven primordiales, pues cualquier falla en herramienta o máquina puede significar quemaduras, cortes, atrapadura de extremidades, etc. Pero en cajas y reponedores, también es importante el estado de las sillas, cintas corredoras, máquinas para movilizar cajas, o etc. Para las cajas, sobre todo, una silla deficiente o una cinta corredora en mal funcionamiento, ha significado hacer fuerzas que les han provocado daños en su salud.

Pero yo creo que por eso, la presión de trabajar, que es lo que nosotros siempre alegamos, máquinas malas y tenés poco material y tenés que sacar la pega igual porque la administradora igual se pasea, y te dice: no, es que tiene que tener lleno afuera (Amanda, Pastelera, SB2)

Las relaciones laborales es uno de los aspectos más mencionados, y al que igual que los clientes, posee una doble significación. Para los entrevistados, las relaciones con los jefes es una de las mayores fuentes de angustia y estrés, así como también de problemas de salud físicos, ya que son ellos quienes deciden las tareas que deben realizar. Casos de abuso, violencia y hostigamiento laboral, que son parte de las experiencias de algunos trabajadores, pueden llevar a desarrollar depresión y otros trastornos, así como también la mala relación con los compañeros. Los trabajadores que están expuestos a estas situaciones son los que evalúan de peor manera sus estados de salud y tienen una sensación más grande de vulnerabilidad y de desprotección. De otro lado, experiencias de buenas relaciones con jefes comprensivos y apoyadores, así como buenas relaciones con los compañeros de trabajo, son reconocidos como elementos de protección y de apoyo ante las nocivas condiciones de trabajo, promoviendo considerablemente su satisfacción laboral.

Los trabajadores que adhieren al discurso oficial, reconocen como riesgo principal las actitudes y comportamiento del trabajador, al no cuidarse, no utilizar sus implementos de seguridad, al no estar alerta, al no importarle, al no estar concentrado, al estar apurado, al no tener suficiente carácter, etc. A este discurso se contraponen el que identifica en las condiciones laborales el mayor riesgo para la salud, ya sea por la precariedad de sus condiciones de trabajo, o por el tipo específico de trabajo que se desarrolla en el contexto supermercadista.

V.4.5 Significados en salud: importancia de la responsabilidad individual

En las entrevistas fue posible ahondar en lo que las percepciones y significados que construyen los trabajadores sobre la salud, las que constan de tres aristas: lo que definen como salud, lo que representan como trabajador sano, y cómo perciben sus propios estados de salud.

V.4.5.1 Significados sobre “la salud”

Ante la pregunta de qué significa salud fue posible identificar cuatro maneras de describirla, que no son autoexcluyentes, necesariamente, entre sí. La primera es la “**salud como herramienta para trabajar**”, donde se ilustra como un medio/instrumento que permite a los individuos alcanzar otras metas y fines, definida en este caso en función del trabajo. Es particular de una sola entrevistada, Carmen, cajera en SB1, quien posee problemas de salud que están poniendo en peligro su continuidad laboral, ya que afectan principalmente sus manos. La salud sería una aptitud para poder trabajar y desempeñarse de la mejor manera posible, y la enfermedad sería aquello que hace peligrar el trabajo:

La salud es una herramienta que todo ser humano quiere no estar enfermo. Para mí es estar bien, apta para cualquier tipo de trabajo, para cualquier dificultad (Carmen, Cajera, SB1)

La segunda es la “**salud como ausencia de enfermedad**”, definición unidimensional en cual la salud es tautológicamente el “estar sano”. Es decir, la salud se identifica con el correcto funcionamiento del organismo en sus aspectos físicos y psicológicos:

Salud es no tener ningún dolor. O sea, no estar ni siquiera resfriado. Y estar sano (Adriana, Reponedora, SA2)

La tercera es la “**salud es todo**”, que es la definición más común, donde la salud se significa como aquello que les permite trabajar, ser útiles, vivir cómodamente, relacionarse, etc. Aquí, salud es lo contrario a estar postrado, inválido y, por lo tanto, inútil:

La salud es la vida, no sacaríamos nada sin salud, yo siempre digo Señor gracias por la vida y la salud, porque si no tengo vida no existo, y si no tengo salud no podría trabajar, estaría postrado, a lo mejor, pero la salud para mí es vital, me preocupo, me cuido, lo más que puedo por mi salud, trato de no consumir comidas chatarras, y trato de cuidarme, porque la salud para mí es todo (Jorge, Frutero, SB2)

Todo. Porque si no tengo salud no voy a poder hacer nada. Cuánta gente que se enferma, queda postrada y ahí queda, no lucha (Marcela, Cajera, SA1)

Y cuarto, la “**salud como estado de ánimo**”, donde la salud es sentirse bien. Tiene que ver con un estado mental, una disposición y determinación personal a mejorarse y darse ánimos. Esta definición implica de por sí que la salud depende de la capacidad y ganas de la persona para superar su enfermedad:

E: ¿Qué es para usted la salud? S: La salud es un estado de ánimo. E: ¿Por qué un estado de ánimo? S: Porque si estás bien de salud tu ánimo anda bien. Y si estás enfermo tu estado de ánimo anda como las reverendas. Yo lo veo así, a pesar de que cuando estuve enfermo y me tuve que operar mi ánimo anduvo por las nubes (...) Si te bajoneas más te enfermas, pero con el ánimo arriba tú puedes superar cualquier cosa (Armando, Carnicero, SB2)

V.4.5.2 Significados sobre “trabajadores sanos”

Los sentidos que los trabajadores construyen en torno a salud se relacionan también con lo que entienden que es un “trabajador sano”. Sobre esto hay cuatro significados principales. El primero refiere a trabajador sano como “**trabajador integral**”, es decir, no simplemente carecer de problemas de salud física o mental, sino también ser “sano de adentro”, no ocupado en malos negocios, ser “una buena persona”:

E: ¿Y qué es para usted un trabajador sano? S: Que no tenga ninguna enfermedad obviamente. Y sano, puede ser también, que no sea malo, sano de corazón, sano de adentro, no gente con mañas. Por ejemplo, gente que está acostumbrado a robar. La gente del sur es gente sana, no mal ocupada. Acá si dejó el celular acá desaparece po. Una vez me encontré un anillo de oro y lo fui a dejar a informaciones, y ahí llamaron por alto parlante y la persona lo encontró po. Así que eso significa para mí una persona sana, no mal ocupada” (Julio, Carnicero, SB2)

El segundo, hace referencia a un “**trabajador responsable**” consigo mismo, que se cuida, se preocupa de sus estados de salud, y busca mantenerse saludable (va continuamente al médico,

cuida su alimentación y su actividad física). Es aquel que tiene conciencia de lo que le hace mal y es capaz de tomar decisiones para evitarlo.

E: ¿Y qué es para ti un trabajador sano? S: Un trabajador sano es una persona que tiene conciencia de uno mismo y sabe cuándo decir no más. Es una persona que tiene mucho amor personal, mucho amor propio. Una persona que es capaz de decir que no, con tal de mantenerse saludable (...) Entonces, para mí, el tener un conocimiento personal de tu estado de salud, de tus posibles lesiones, o no sé, ese tipo de cosas, es indispensable para el trabajo. Conocimiento personal (Pablo, Reponedor, SA2).

Tercero, un trabajador sano es que el que tiene las “**condiciones de trabajo adecuadas**”, ya que si posee todas sus herramientas y maquinaria de trabajo, sólo tiene que preocuparse de desempeñar bien su labor. Es importante también un buen ambiente de trabajo, con relaciones interpersonales basadas en la solidaridad y compañerismo. Los trabajadores más precarizados adhieren en mayor medida a esta postura:

No sé, que las personas que están a cargo de nosotros se preocupen más. El administrador fuera otra persona o el comité ése que hay, que se preocuparan cómo estamos nosotros sentadas, qué necesitamos. De repente aparece un profesional que viene a hacernos masaje en las manos. Pero él viene una vez en el año. No te sirve de nada. Y si estuvieran esas preocupaciones, que se preocuparan de tu silla, que tenís todas tus cosas para trabajar, ¿De qué te preocupai? Solamente de atender, nada más. Pero esas cosas no están (Marcela, Cajera, SA1)

S1: Un ambiente bueno. Para estar sano de mente, de salud mental, que sea un buen grupo de trabajo, que sean unidos. ¿Qué más? ¿Ale?

S2: Eso más que nada.

S1: Porque todo está aquí, si uno está bien psicológicamente en el trabajo, ya todo va a ir bien. Pero si psicológicamente uno le va mal. Para mí va a estar todo mal todo el día incluso (Rogelio, Panadero; Amanda, Pastelera, SB2)

Y cuarto, las mujeres incluyen dinámicas como el sueldo y los conflictos familiares, pues también influyen en las preocupaciones sobre el trabajo, y a la larga, la salud mental y la concentración (que pone en riesgo la salud física). A diferencia de los hombres, que critican el mezclar trabajo-hogar, las mujeres incorporan los problemas económicos y afectivos del hogar en sus experiencias de salud laboral:

Y no, sano, en todo sentido, tratar de no tener problemas en su casa, no tener ni un tipo de enfermedad, porque igual la enfermedad a uno le afecta (Mariana, Fiambrería, SB2)

Igual influye el hecho de tener buenas jefaturas, tener buen sueldo, porque gente que trabaja bien produce más y todo. Porque a lo mejor podís tener el mejor ambiente, pero si ganai poco y no te alcanza, te vai igual a estresar porque las deudas en tu casa. Pero es como un todo, un buen ambiente, un buen trato también (Amanda, Pastelería, SB2)

V.4.5.3 Autopercepciones sobre estados de salud: cansancio y agotamiento

En los entrevistados, las nociones que tienen más sentido para describir sus estados de salud no son “estoy enfermo” o “estoy mal”, sino más bien “estoy cansado” “estoy agotado”, destacando, una vez más, los efectos desgastantes del trabajo sobre sus estados mentales y físicos. De otro lado, es interesante indagar cómo perciben sus estados de salud, pues a pesar de las abundantes *experiencias de dolor* que narran en su día a día, y los múltiples problemas de salud relatados, todos los entrevistados (a excepción de uno, Rogelio) caracteriza su estado de salud como bueno. Por ejemplo, Julio, carnicero de SB2, quien recordemos sufre de hernia lumbar y fue diagnosticado con trastorno compulsivo, se define a sí mismo como una persona sana, considerando que tiene buen estado de salud, haciendo referencia a tener una familia saludable, tener un trabajo, tener medios que le permiten trabajar, y no poseer ningún vicio, en concordancia con su percepción que ser un trabajador sano es ser una persona “buena”.

Es buena, es buena porque tengo mi familia sana, yo soy una persona sana, tengo mi trabajo que está bien, tengo mi vehículo que me acompaña para todos lados... Y aparte no tengo ni un vicio, no tomo, no fumo, no tengo ningún tipo de droga... Buena excepto las pastillas que tomo, pero son mi medicamento. Así que sano, sí, sano y alegre (Julio, Carnicero, SB2).

Rogelio, por el contrario, es el único que caracterizó su estado de salud como malo. Se recordará que es quien tiene patologías más graves, debiendo renunciar a su trabajo en el supermercado y a la panadería como oficio, y quien actualmente corre el riesgo de quedarse inválido por su problema crónico a la columna:

E: ¿Y qué es la salud para usted?

S: Ya una cosa de segundo plano, sinceramente. Es que yo he tenido tantas enfermedades. Eso es lo otro. A mí me operaron hasta de un tumor en la cara, de apendicitis, de vesícula. De todo. Por lo cual, una enfermedad más, como se dice, ya... porque con la única enfermedad que tengo horrible de mala me basta y me sobra, ya no quiero más.

Sinceramente, de repente ya, como que lo dejo pasar, esto para mí me tiene enfermo (Rogelio, Panadero, SB2)

V.4.6 Significados sobre el trabajo: centralidad y ambivalencia

En las entrevistas surgieron de manera importante los significados atribuidos al trabajo, que cómo ya hemos venido señalando, ocupan un lugar privilegiado en las experiencias de trabajo-salud de los sujetos. Al respecto, se identificaron dos significaciones principales, que se vinculan con el valor y la centralidad que ocupa el trabajo en sus proyectos de vida.

V.4.6.1 El trabajo como central en el proyecto de vida

Para un grupo de entrevistados, el trabajo, de manera particular, constituye parte determinante de quiénes son, encontrando realización personal y gran satisfacción en lo que hacen. Cumple un rol central en sus vidas, definiendo como elementos centrales su familia y su trabajo, considerando que sin las dos cosas no podrían ser personas plenas y felices. Otro aspecto que relevan del trabajo son los sentimientos asociados a él: para ellos trabajar en sentirse bien, útiles, valorado, y un aporte para la sociedad, estando vinculado a su crecimiento y realización personal, a éxitos y metas cumplidas. Estos son los trabajadores de oficios y lo que han desarrollado una carrera y/o profesión en torno a su trabajo:

El trabajo significa... Es como la mitad... Mi mitad es mi familia, mi otra mitad es mi trabajo. Obviamente que lo primordial es mi familia, siempre voy a preferir mi familia. Primero mi familia y después el trabajo, por lo menos así lo considero yo (...) Así que para mí es la mitad, la familia es lo primero y la segunda mitad es mi trabajo. Obviamente si las dos cosas no podría ser una persona, por así decirlo, feliz. Tengo familia pero si no tengo trabajo no tengo nada, van de la mano las dos cosas (Julio, Carnicería, SB2)

Yo creo que el trabajo para las personas en general es salud, es crecimiento laboral y personal, es todo. Una persona sin trabajo, no sé, no sé cómo viven las personas que no trabajan, porque una persona si tiene trabajo toma responsabilidades, tanto laboral como familiar. Lo es todo (...) Para uno igual el trabajo es importante, o sea, yo sin trabajo no sé qué haría, obviamente que tendría que buscar otro, pero no me quedaría ahí, porque es el desarrollo personal, el sentirse bien, el sentirse útil para la comunidad, para la sociedad, el país donde vive, ser un aporte, para mí el trabajo es ser un aporte (Jorge, Reponedor, SB2).

Especialmente, los trabajadores de oficio (sección de carnicería y panadería) definen su trabajo como un “arte” o “profesión”, noción que se desprende de tres elementos: primero, su conocimiento los hace expertos en lo que hacen, y es único, es decir, nadie puede hacer el trabajo como ellos; segundo, su conocimiento es transferible, hacia sus compañeros y, sobre todo, hacia el cliente, ya que tienen la posibilidad de enseñarles sobre su labor y los productos con los que trabajan; y tercero, su función requiere un constante aprendizaje, que viene tanto de su oficio como del trabajo en supermercado. Así, su labor implica enseñanza y aprendizaje, y es considerado por ellos como de mucha responsabilidad e importancia en la cadena productiva del supermercado:

Para mí no es un oficio, para mí es una profesión lo que yo hago... Yo no hago bien lo que haces, y tú no haces bien lo que yo hago, entonces yo soy profesional, y yo tendría que enseñarte a ti lo que yo hago. Así que por eso yo me considero un profesional, no lo considero un oficio, porque carnicería es un oficio, pero yo no. Porque enseño, hablo con la gente, le digo para qué es este, y para qué es esto otro, para qué sirve, cómo lo tiene que hacer, por qué no tiene que comprar eso, por qué no tiene que comprar esto otro. Porque uno aprende muchas cosas en esto, mucho se aprende acerca de la temperatura, acerca del frío, cómo lo tienes que hacer con una carne, cuánto tiempo la tienes que tener en un lado, cómo la tienes que cocinar. Por eso uno pasa a ser profesional de lo que hace, a pesar que no es una profesión, pero se trata como tal, porque abarcas muchos ámbitos, el campo es bien amplio (Armando, Carnicero, SB2).

V.4.6.2 La ambivalencia del trabajo en las experiencias de los más desfavorecidos

Para otro grupo, las significaciones en torno al trabajo poseen mayor conflictividad, adquiriendo matices de ambivalencia. Predomina de manera específica en mujeres (de hecho, en todas las mujeres entrevistadas), que tienen también condiciones de trabajo más precarizadas, y en el caso especial de Rogelio, que perdió su trabajo y profesión por causa de su problema de salud.

En las mujeres, el trabajo es presentado como herramienta económica para mantener el hogar, para sobrevivir, criar a sus hijos, y “tener sus cosas”, lo que podría indicar una relación de tipo instrumental con la actividad laboral. Pero, el trabajo también es significado como posibilidad de independencia, de desarrollo y crecimiento personal, que adquiere un carisma distinto al dado por el grupo anterior: acá se relaciona más bien con la posibilidad de salir de casa, ser independiente, y realizarse haciendo algo útil.

Pero, no sé, será por el hecho de tener mi casa, mis cosas, de ser independiente, si tú quieres comprar una cosa la compras. Y eso no tiene precio. Ver a tus hijos con su espacio, que no están molestando a nadie. Vale todo el cansancio, agotamiento, todo estrés, todo (Marcela, Cajera, SA1)

Es que yo siento que uno en la casa como mujer, en la casa se pierde. Entonces salir a la calle o a trabajar, uno se trata de arreglar un poquito más. O uno ya maneja su dinero, no tiene que estar esperando que el marido le de plata a uno para comprarse sus cosas personales o para su hijo. Entonces a mí me ha servido en ese sentido para ahorrar un poco y darse algunos gustos también. Para no estar estrujando al pobre marido todo el año (Adriana, Reponedora, SA2)

No obstante, en estos trabajadores lo que predomina es el acento del trabajo vivenciado como cansancio y agotamiento. El trabajo es fuente de realización, pero a la vez fuente de sufrimiento y desgaste. Puede ser producto del fuerte trabajo emocional y mental que implica su labor, como en el caso de las cajeras y mujeres en general, o producto de hostigamientos y acoso laboral, como en Rogelio. A estas percepciones se les suman los sentimientos de precarización de sus condiciones de trabajo y el aumento constante de sus exigencias productivas. Carmen menciona cómo “*le sacan el jugo toda la jornada*”:

Sí, cansador. Tenés que darte el ánimo. En la mañana no te dan ganas de levantarte. Pero hay que seguir (Marcela, Cajera, SA1)

No, o sea como que te sientes cansada, como que no quieres trabajar, no quieres ir al trabajo, eso. Pero hay que darse el ánimo (Carmen, Cajera, SB2)

La satisfacción que encuentran en su trabajo se debe al hecho de considerarse buenos trabajadores, y en la reflexión de todo lo que han aguantado para poder estar donde están, sobre todo siendo la mayoría madres y trabajadoras, pensando en los hijos y su familia. Marcela resume muy bien esta percepción:

Y hacerlo bien, que yo sé que lo estoy haciendo bien y eso me satisface a mí misma. Que sea capaz de aguantar, trabajar todos estos años que he aguantado, que a veces digo yo “oh, que he aguantado”. Pero, no sé, será por el hecho de tener mi casa, mis cosas, de ser independiente, si tú quieres comprar una cosa la compras. Y eso no tiene precio. Ver a tus hijos con su espacio, que no están molestando a nadie. Vale todo el cansancio, agotamiento, todo estrés, todo (Marcela, Cajera, SA1).

V.4.7 Conclusiones capítulo

Se observa en los entrevistados que tanto la experiencia de sus problemas de salud laboral, como los significados construidos en torno al trabajo y la salud, tienen gran influencia en las significaciones sobre la relación entre trabajo y salud. Así, son los trabajadores que han tenido buenas experiencias en el sistema mutual y que a la vez poseen posiciones privilegiadas en el supermercado, los que adhieren mayormente al *discurso oficial* de salud laboral. Sugerimos que se debe a la cercanía que poseen con este discurso, producto de su proximidad con los superiores (generada por sus buenas condiciones de trabajo), a su experiencia personal carente de problemas, y a su posición de privilegio, generalmente como trabajadores de oficio y de “carrera”, que los hace interpretar la relación trabajo-salud de una manera particular no asociada a sus buenas condiciones de trabajo, sino producto de su responsabilidad y buen trabajo. Por el contrario, trabajadores que reconocen en la organización del trabajo el origen de los daños a su salud, poseen malas experiencias con la empresa y la mutual, y a la vez mayor precarización en sus condiciones de trabajo.

Otro elemento importante para entender las significaciones y prácticas en trabajo-salud son los significados que construyen en torno a la salud y el trabajo en sí. La salud se asocia, por un lado, con los beneficios obtenidos gracias a ella, como ser útil, poder trabajar, poder realizarse, ser capaz de cumplir los roles en el hogar (padre, madre, etc.); y por otro, con lo que es necesario “ser” para tener buena salud: ser responsable, ser cuidadoso, ser “buena persona”, ser “íntegro” y también la disposición de luchar, de darse ánimos, de “hacer las cosas bien”. La salud se mueve así entre dos concepciones: la concepción “hedonista” que la ve como un fin en sí mismo, y la “utilitaria”, que la interpreta como un medio para otro fin (trabajar, por ejemplo). Estas significaciones no son excluyentes, y se pueden ir transformando según las condiciones concretas. Sin embargo, predomina la concepción “hedonista” de la salud, donde “tener salud” es valorado por sí mismo. De ahí se entienden las prácticas orientadas a resguardarlas, o el discurso normativo sobre lo importante de ser responsable para protegerla (aunque no se pueda). Existe un miedo importante a quedar inválido, deforme, inútil. De hecho, para Rogelio su salud es mala porque le ha quitado su oficio, ser panadero, además de la posibilidad de ser padre, de ser buen esposo, buen proveedor, etc.

Hay una marcada tendencia a destacar lo mental por sobre lo físico en las concepciones sobre trabajador sano, lo que significa que el estrés y el cansancio tienen fuertes repercusiones en sus significaciones sobre la relación trabajo-salud. En cambio, los problemas físicos parecieran estar

más naturalizados, o por lo menos considerados como “normales” dentro del hecho mismo de trabajar. Estos resultados difieren a una serie de estudios que indican que las clases trabajadoras centrarían sus concepciones sobre salud en las categorías de fuerza y fortaleza, viviendo y expresando la enfermedad principalmente en términos de debilidad física (ver Capítulo III.4.4.2). Se sugiere que lo anterior se debe a las transformaciones del mundo laboral, sobre todo las ligadas al mundo del sector servicios, que han significado la preponderancia de las patologías mentales. De todas formas, los entrevistados orientarían sus comportamientos en salud a que su cuerpo funcione durante largo tiempo y a máxima velocidad, ya que una actitud demasiado reflexiva amenazaría sus habilidades para trabajar. Por ello, naturalizan ciertos problemas de salud (como los físicos), para poder continuar trabajando.

En el caso de las significaciones en torno al trabajo, a pesar de que para algunos trabajadores (hombres/privilegiados) es más común representarlo en términos de satisfacción y realización, siendo central en sus experiencias de vida, para *otras* (mujeres, más desfavorecidas) asume una experiencia más conflictiva, de sufrimiento y a la vez de realización. De todas formas, la orientación es a ver el trabajo no sólo como fuente de ingresos, sino como fuente significativa de realización e identidad, ya sea en la forma “soy lo que trabajo” como en oficio, o en la forma “tengo lo que tengo/soy lo que soy gracias a mi trabajo”, como en el resto de los trabajadores.

Por otro lado, la valoración del trabajo abre la puerta a vislumbrar su importancia en los buenos estados de salud de los sujetos. Buenas condiciones de trabajo están fuertemente asociadas con mejores percepciones de salud. Lo mismo sucede con las relaciones laborales: trabajadores con buenas relaciones con jefes y superiores perciben mayor capacidad de superar sus problemas de salud. Se propone así que el trabajo, y el colectivo de trabajo, funciona como protector de la salud. La bibliografía ha estudiado ampliamente cómo las redes sociales, o comunidad de pertenencia, influyen de manera importante en las percepciones y comportamientos hacia la salud/enfermedad (Castro, 2010), pero también funcionan como variable epidemiológica. Se ha demostrado la mayor incidencia de enfermedades en sujetos que se encuentran privados de contactos y redes sociales de apoyo significativas (Di Nicola, 1994b).

V.5 La construcción identitaria: efectos de los problemas de salud laboral

Los hallazgos de esta investigación indican que los problemas de salud laboral tienen una significativa relación con la construcción de identidades de los sujetos, siendo doble: por un lado, las experiencias de trabajo-salud tienen efectos sobre la construcción de identidad, y por otro, las identidades de los sujetos tienen efectos a su vez en sus experiencias sobre trabajo-salud.

Las enfermedades traen consigo distintos tipos de dolores físicos, sufrimiento mental y diversas limitaciones, que pueden afectar la imagen y percepciones de sí mismos de los individuos, derivada a la vez de las reacciones—reales o percibidas—de los otros. De manera que, para entender los significados, experiencias y prácticas relativas a la salud laboral, se vuelve necesario entender la relación entre trabajo, salud e identidad.

V.5.1 La identidad como resultado de las experiencias trabajo-salud

Las experiencias en trabajo-salud tienen efectos en las identidades de los trabajadores a través de dos dimensiones. La primera tiene que ver con las apelaciones identitarias que realizan los “otros significativos” a los sujetos en función de sus problemas de salud, que ellos pueden rechazar, aceptar o negociar. La segunda se vincula con la definición personal que realizan los trabajadores sobre sí mismos, de quiénes son y quiénes quieren ser.

V.5.1.1 Percepciones de los “otros” sobre quién soy yo

Fue posible identificar cuatro “otros significativos” en los trabajadores entrevistados que influyen en sus imágenes sobre sí mismos: 1) las instituciones (empresa y la mutualidad); 2) los jefes y superiores, 3) los pares y compañeros de trabajo, y 4) familia.

Las instituciones, empresa y mutual, construyen un discurso que, cómo se revisó en el Capítulo V.2.3, apela a una cierta identidad de trabajador, que los llama a responsabilizarse de sus accidentes y enfermedades laborales, así como de las condiciones de trabajo. Hemos visto cómo esta apelación influye en sus prácticas y significaciones en salud. En relación a la construcción de una identidad, los hallazgos indican que en aquellos trabajadores que se identifican con el discurso oficial, éste es utilizado para distinguir entre un “los otros” y ellos mismos, diferenciándose. Los “otros trabajadores” serían los que no saben realizar fuerzas, no saben separar el trabajo del hogar, no tienen la capacidad para superar sus problemas de salud y no saben cómo trabajar. Existiría un proceso de diferenciación y alejamiento de este tipo de trabajador, definiéndose por contraste a él como trabajadores responsables, capaces, hábiles y

que saben sobrellevar y enfrentar sus problemas de salud en el trabajo de la manera adecuada (que coincide con el discurso oficial).

Los jefes de sección son los que tienen mayor incidencia en las percepciones de los trabajadores sobre sí mismos, sobre todo por el tipo de gestión que realizan en salud laboral (revisar Capítulo V.2.1). Los jefes ejecutan constantemente apelaciones identitarias a los trabajadores, tratándolos de flojos, descuidados e irresponsables, sobre todo en caso de licencias y cuando tienen que pedir permisos. Esta presión se ejerce para que los trabajadores asistan al trabajo:

Y en el trabajo, y en todos lados: “Ya tiraste licencia, ya estás puro hueviando”. Y me duele a mí, porque nadie sabe lo que uno está sufriendo. Y uno está ahí calladito trabajando (Rogelio, Panadero, SB2)

Es que dicen que con muchas licencias despiden, pero yo les digo no es que yo quiera faltar, sino que es por el hecho de mis manos (Carmen, Cajera, SB1)

Los beneficios monetarios están super ligados, y estés cómo estés tienes que trabajar igual y dejar hecho tu trabajo. Hay jefes que entienden. Hay otros que generan presión al trabajador para venir a trabajar igual, sí o sí (Amanda, Pastelería, SB2)

Este tipo de apelaciones son aceptadas, en cierta parte, por los entrevistados, quienes intentarían demostrar a sus superiores que son trabajadores responsables, que no faltan, que trabajan en cualquier condición y que son capaces de producir ante cualquier circunstancia. Los sujetos intentarían, a través de sus prácticas (no faltar, trabajar enfermos, no tomar licencias), proyectar una imagen determinada a la empresa y a sus jefes. Sugerimos que es una forma de cuidar y proteger su trabajo, protegiendo su imagen como “buenos trabajadores” ante los “otros”.

Porque yo tenía que infiltrarme antes del 20, y yo no quise por lo mismo, porque dije “No, me voy a infiltrar en vacaciones, no en la licencia” Así que eso saben, que yo no quise tomar licencia por lo mismo (Carmen, Cajera, SB2)

S: Sí po, yo tengo que volver bien con mis manos porque esa fue la condición con mi jefa, que me mandaba a las salas estas hasta que yo volviera de vacaciones para poder hacerme mi tratamiento.

E: ¿Y si no vuelve bien qué pasa?

S: Voy a tener que hacerme la que no pasa nada hasta que pueda hacérmelo (Carmen, Cajera, SB2).

En algunas ocasiones, este trato puede asumir formas de violencia laboral, como en el caso de Rogelio, quién por problemas de artrosis a la columna producto de su trabajo como panadero, no podía realizar tantas fuerzas. En este contexto, su jefe directo y la gerenta de local lo trataban abiertamente de “inútil”, haciendo presión para que renunciara:

En el [SB]incluso había una gerenta de local que decía que yo era un inútil. Yo no servía porque no puedo hacer fuerza. Y me decía que yo era un inútil y me mandaba a buscar y me decía, “toma, fírmame la carta de renuncia”. Yo estuve hasta con tratamiento psiquiátrico, estuve con depresión, estuve súper mal, malísimo. Y de ahí optamos por la renuncia, si al final renuncié igual... y eso, en ese tiempo la gerenta me veía haciendo fuerza y empujaba, y ella llevaba las cosas, que yo no podía hacer nada, que yo era un inútil para ella. Que ése fue el problema que tuve (Rogelio, Panadero, SB2)

Un día me acuerdo que fui a pedir un medicamento, me dolía mucho la cabeza: “si usted quiere medicamento, váyase pa la casa”. Con toda la clientela metida. De ese estilo. El jefe que yo tenía me agarraba a garabatos, que yo era un tal por cuál. Incluso yo lo demandé en la inspección del trabajo (...), ahí fui al psiquiátrico por la mutual po ¿Te acuerdas? Estuve con neurólogo, me daban remedios para dormir, porque no podía dormir nada (Rogelio, Panadero, SB2)

Otros actores relevantes para la construcción subjetiva de los sujetos son los compañeros de trabajo, que se destacan principalmente por ser una fuente de apoyo positiva:

Sí, cuando estaba operado de todo. Eso nada que decir, siempre preocupados y si no me venían a ver le preguntaban a la Ale, hasta el día de hoy. En ese sentido, digo, tengo muy buenas personas ahí (Rogelio, Panadería, SB2).

Y la familia, que posee un doble carácter. Para muchos, es fuente de atribuciones positivas de identidad, dando ánimos, apoyo, y convirtiéndose en una red de defensa contra las apelaciones negativas en el trabajo. Pero en otros, es fuente de atribuciones identitarias negativas. Es el caso de Rogelio, para él su esposa ha sido fuente de reconocimiento importante, de fortalecimiento de una imagen positiva, pese a su enfermedad; por el contrario, su núcleo familiar, ha fomentado la construcción de una percepción negativa sobre sí mismo, como flojo, inútil y mentiroso:

En todo. En el trabajo siempre, pero más que nada en mi familia, no por ella, porque ella ha sido un pilar fundamental, por lo que son mis familiares, mis tías, mis hermanos, mi mamá,

por ellos. Porque ellos también me ven como un bicho raro. Ellos también dicen que me hago el enfermo, que yo supuestamente no tengo nada. Y que yo me hago todo, que soy eso, cómo se llama la palabra: hipocondríaco (Rogelio, Panadero, SB2)

(...) nadie me cree, que yo me hago en enfermo. Porque supuestamente yo soy un cafiche de ella. Y en el trabajo, y en todos lados: “ya tiraste licencia, y estás puro hueviando”. Y me duele a mí, porque nadie sabe lo que uno está sufriendo. Y uno está ahí calladito trabajando (Rogelio, Panadero, SB2)

V.5.1.2 Definición de sí mismo: tensión entre quién quiero ser y en quién no quiero convertirme

La segunda dimensión de la construcción identitaria es cómo los sujetos se definen a sí mismos, en términos de quiénes son y quiénes quieren ser, pero también en un acto de diferenciación de los “otros” (quiénes no son y quiénes no quieren llegar a ser). En este punto, se observa cómo los problemas de salud laboral afectan en la concepción de sí mismos que tienen los sujetos, y en sus proyecciones identitarias a futuro.

El primer efecto de los problemas de salud laboral se ve en el desempeño laboral: dificultad para hacer su trabajo como les gustaría y/o como exige la empresa. Esto incide de manera directa en la identidad que tienen como “buenos trabajadores” (ver Capítulo V.5). En algunos, este efecto es más notorio, como en aquellos trabajadores que construyen una identidad más fuerte en torno al trabajo y tienen enfermedades más serias. En otros, cuya identidad referente al trabajo es más débil, y su problema de salud no interfiere tanto con su realización personal, el efecto es menor. El contraste entre estos dos casos es el de Rogelio y Adriana:

E: ¿Y cómo se siente usted misma, a la hora de saber que no puede llevar las cajas?

S: Ahh, a mí me da lata, porque soy media hiperkinética y me gusta estar trabajando, estar respondiendo, que esté todo llenito (ríe). Pero digo, ya bueno, si el brazo manda más. Si el dolor a veces es muy... bueno, es invalidante (Adriana, Reponedora, SA2)

A pesar de ello, en los relatos de los entrevistados predomina la noción de que sus problemas de salud interfieren con su desempeño laboral, por más graves que sean, ya que “trabajan igual” y “sacan el trabajo igual”. Esta percepción es muy fuerte en sus discursos, pues no sólo tiene que ver con una estrategia de defensa frente a las apelaciones de sus superiores, cómo revisamos en el ítem anterior, sino que conforma parte fundamental de un *ethos del buen trabajador* que es

esencial en sus identidades como trabajadores: a pesar de las dificultades, ellos trabajan lo mejor que pueden. En este sentido, el rol del “buen trabajador” predomina notablemente sobre sus posibles roles de sujetos enfermos/lesionados/accidentados.

Como te digo, yo no soy de las que falta. Vengo igual. y a veces me he sentido muy mal y me han dicho que me vaya y me he ido pa mi casa. Pero igual vengo, prefiero que me echen pa la casa que faltar (Marcela, Cajera, SA1)

E: Porque ya no puede hacer su labor como la hacía antes

S: No, pero yo con mi dolor y todo la hacía igual (Carmen, Cajera, SB1)

El siguiente extracto de la entrevista de Julio muestra esta dicotomía, entre estados de salud invalidantes, y la determinación de no bajar su rendimiento como trabajador:

E: Entonces nunca le afectó...

R: En el trabajo no, nunca me afectó, me desempeñé igual, no bajé mi rendimiento, pero era después de salir del trabajo como que mi mente era otra.”

E: ¿Y cómo se sentía usted consigo mismo? Porque igual era una crisis fuerte...

R: No, mal poh, me sentía mal, angustiado, no poder saber qué era, y por qué mi mente estaba en contra mío, era como otra persona. Yo pensaba “¿Pero por qué me está pasando esto? Yo no quiero ser así. Yo no quiero pensar de esa manera” Pero en la noche cuando llegaba la hora de dormir y me relajaba como que mi mente estaba en contra mía, peleando conmigo (Julio, Carnicero, SB2)

Ahora bien, si en sus percepciones los problemas de salud no interfieren en sus trabajos, sí lo hacen en su esfera privada y familiar, pues una enfermedad o accidente conlleva muchas veces un estigma visible y una incapacidad que puede llegar a tener efectos en sus relaciones conyugales, en sus roles de proveedores, y en sus roles como padres, como es el caso de Rogelio:

De repente los niños me dicen: papi, abrazo. Y no los puedo... no puedo estar parado, porque les gustan los abrazos que cuelguen del cuello de uno. Y yo no puedo. Y me duele que mi hijo no pueda tener un papá bien. O que no puedo salir a jugar a la pelota, no puedo salir a correr con ellos. Pongo una silla acá y la Ale juega a la pelota con ellos. Porque yo no puedo. Porque eso me duele. De eso me siento mal. Ése es el gran problema mío (Rogelio, Panadero, SB2).

Para hacer un aseo en la casa me cuesta. Tiene que estar la Ale, hasta pa eso. Esto me ha traído muchos problemas en mi vida cotidiana. Es más, no me gusta andar tampoco en metro. No puedo andar mucho en metro, porque como uno anda siempre parado. Y uno hace más fuerzas con las piernas y yo no puedo. Yo trato de salir mucho más antes, pero ando en micro. Me voy sentado y tranquilo. Si es lo mejor que puedo hacer. Si en metro no ando casi nada. A no ser que sé que pueda andar sentado y recién me subo al metro, pero antes no, porque me cuesta. Me he sacado la cresta en todos lados (Rogelio, Panadero, SB2)

A pesar de las imágenes de “buenos trabajadores” que se esfuerzan por proyectar, los problemas de salud laboral sí tienen efectos considerables en las percepciones que tienen de ellos mismos como trabajadores, lo que se debe a que no pueden desempeñarse en el trabajo como les gustaría, a que los jefes y superiores (y a veces compañeros) critican y cuestionan sus problemas de salud y productividad, y a que sus roles en el hogar y otros ámbitos de la vida también van siendo dañados:

Se va cayendo esa imagen tuya después. Porque tú empezai a 100 por hora. Y en el camino empezai a quedarte, con el cansancio (Carmen, Cajera, SB1)

Sí, conflictivo porque son tus manos, son tus herramientas de trabajo, entonces te deprime después porque te cuesta el vuelto, cuesta usar las manos, tomar las cosas, ese es el problema peor que uno tiene. Al menos yo. Es complicado las manos, es algo tuyo, tus herramientas (Carmen, Cajera, SB1)

Los problemas de salud laboral van debilitando la imagen de sí mismos que tienen los trabajadores. El caso más ejemplar es el de Rogelio, quién ha recibido constantes burlas y humillaciones, el trabajo, por su familia, y en otros ámbitos, por tener que caminar con muletas:

E: ¿Y qué ha sido lo más conflictivo de esta situación que ha tenido que enfrentar?

S: Burlas, humillaciones.

E: ¿En qué sentido?

S: En que soy un inútil. Bueno, en el trabajo todos pensaban que yo me hacía. Todos pensaban que yo me hacía el enfermo. Disculpando la expresión, me decían “andai puro hueviando” (...) Como me decían... niño de cristal. Porque yo me hacía el enfermo. Y yo me siento mal. A mí me da vergüenza andar con esto en la calle. Me da vergüenza, pero lamentablemente tengo que ocuparlo, tengo varias marcas. Porque me saco la cresta en la calle, porque las piernas no las siento y me voy de hocico. Y me he caído y gente que se caga de la risa de mí. Claro, no saben lo

que pasa con uno, pero sí se ríen. Y eso es impotencia, estoy en el suelo y cómo me paro, si no me puedo parar tampoco, y ahí pasan varios minutos (Rogelio, Panadero, SB2).

En Rogelio existe un relato de defensa de su identidad, ante estas denostaciones negativas, refiriendo a que siempre fue un trabajador esforzado y responsable en la empresa, pero bastó que se enfermara para que lo dejara de tomar en cuenta. Esta experiencia se constituye como un ejemplo de exclusión social y de rechazo por causa de problemas de salud laboral al interior de la empresa. Para él, significa una experiencia de dolor y sufrimiento, pues se siente desvalorado y humillado:

Yo en ese tiempo vivía solo y vivía súper cerca del trabajo. De repente yo estaba de tarde y me llamaba: Rogelio, ¿podís volver ahora ya? “Ya, deme media hora”. Me bañaba, llegaba y me ponía a trabajar. Era de ese estilo. Y yo igual me ponía la camiseta porque me trataban bien. Pero no faltó más que enfermarme y quedé la escoba. Y ahí empezó todo el calvario como se dice (Rogelio, Panadero, SB2).

Y uno que va trabajando, no, va bien, bien y después te enfermai y valis callampa, o sea cómo. Es lo que me pasó a mí y a mí hasta el día de hoy aun me duele, porque me saqué la cresta por ese trabajo. Lo que pasa que a mí me gusta la panadería, que eso es lo otro. Yo si podía volver a trabajar en panadería, lo voy a hacer, me encantaría. Amo esa pega. Y yo por eso me he sacado la cresta trabajando. Pero hasta que me enfermé de la espalda y fue todo negro para mí en el trabajo (Rogelio, Panadero, SB2).

También es un ejemplo de cómo las experiencias de hostigamiento y de apelaciones negativas hacia los trabajadores puede afectar la percepción de sí mismos, teniendo repercusiones graves para su salud y bienestar físico, mental y emocional:

Eso fue. Porque ellos, seguramente querían que me vaya porque yo no valía nada. Ellos empezaron a meterme en la cabeza, yo después pensaba, que yo era inútil. Hasta que un día la psicóloga me dijo, porque yo en ese tiempo vivía solo. Yo viví, ¿cuántos años solo? ¿Como cinco o menos? Como cinco años solo viví. Y ya después me casé y empezaron todos estos problemas. Y la psicóloga me decía: “si tú eres un inútil, todo ese tiempo que viviste solo tú te habrías tirado a la droga y al alcohol y tú seguiste trabajando y seguiste tu vida. Tu realmente no eres un inútil”. Y eso me cambió tanto la mentalidad en ese tiempo. Y claro, tenía razón, porque cualquier otro

se va, como se dice a la calle y se hace mierda. Yo no, yo seguí trabajando donde estaba trabajando siempre en el [SB], hacía me pega, nunca falté, llegaba a mi horarios, todo. Yo siempre cumplí. Pero como me empezaron a lavar la cabeza con que era inútil, yo caí en cuenta. Y la psicóloga me ayudó mucho, yo salí tan feliz de ahí (Rogelio, Panadero, SB2).

De otro lado, estos problemas de salud afectan en sus proyecciones a futuro, pues muchos de los trabajadores saben que no van a poder trabajando de aquí a 5 años más producto de sus enfermedades. A algunos trabajadores les afecta más a otros. Para Rogelio su problema de salud significa no poder ejercer nunca más como panadero, que describe como el “sueño de su vida”:

E: ¿Y cómo piensa enfrentarlo de aquí, no sé, 5 año?

S: No sé. Tendré que estudiar algo o quedarme en la casa cuidando los niños (Adriana, Reponedora, SA2)

Panadería, me encantaría. Pero no puedo. Pero me encantaría seguir trabajando en panadería. Es más, mi sueño, me gustaría ponerme con una amasandería en la casa. Es mi gran sueño. Yo panadero y ella pastelera. Sería lo ideal. Pero sí me gustaría volver a ser panadero (Rogelio, Panadero, SB2)

En relación a esto último, entre los trabajadores se dibuja el miedo a la invalidez, a la deformación, que los motiva a procurar prácticas para evitar ese posible futuro estado. Esto tiene que ver con quiénes no quieren ser, y en lo que no se quieren convertir. Para evitar lo anterior, construyen una identidad de “luchadores”, asumiendo una especie de batalla contra los efectos nocivos de sus problemas de salud:

Hace 9 años que me detectaron artritis reumatoide deformativa. Y si me mirai las manos, se me inflaman a veces. Duele estas partes de acá, pero más allá no, y a veces atiendo personas y veo sus manos que tienen los dedos por acá, todos deformados. Cierro mis ojos y digo: no señor, no quiero estar así (Marcela, Cajera, SA1).

V.5.2 La experiencia trabajo-salud como resultado de la construcción de identidad

La relación entre trabajo, salud e identidad no es unidireccional y las identidades que construyen los sujetos también van afectando su experiencia en trabajo-salud. Es así como para los trabajadores la identidad que construyen frente al *ethos del buen trabajador* los defiende de las repercusiones que podrían tener en el trabajo por sus problemas de salud, entregándoles satisfacción al saber que aún continúan siendo buenos trabajadores y reconocidos por ello:

Si po, obvio, o después que llegara de la licencia me pudieron haber echado. Pero yo creo que a lo mejor fue por eso, como no bajé el rendimiento a lo mejor les demostré que no era una persona inútil, yo creo que en ese aspecto como siempre he sido hiperactivo y hago de todo, yo creo que la jefatura sabe eso... Bueno, acá saben quién es quién, saben quién es cada persona, así que yo creo que sabían quién era yo, y creo que por eso no me echaron, porque si no ya me habrían echado... Porque imagínate una persona enferma, que quiere atender contra la vida de un colega, de un compañero es como peligroso. En ese aspecto me sentí apoyado por la empresa (Julio, Carnicero, SB2).

De la misma forma, la noción de “aguantar” y “luchar” se vuelven parte de la identidad particular de los trabajadores, que también moldea sus experiencias de trabajo-salud, formando parte de cómo significan sus experiencias en salud laboral, sintiéndose orgullosos de cómo enfrentan y gestionan sus problemas de salud:

Y hacerlo bien, que yo sé que lo estoy haciendo bien y eso me satisface a mí misma. Que sea capaz de aguantar, trabajar todos estos años que he aguantado, que a veces digo yo “oh, que he aguantado (Marcela, Cajera, SA1)

E: Y respecto al problema de salud que tuvo ¿Cuál fue la mayor dificultad que tuvo que enfrentar?

S: El médico, el diagnóstico que dio, fue que yo no podía seguir trabajando, porque yo... Fueron las palabras del médico, porque yo tenía el corazón de una persona de 65 años, el mismo estado, entonces yo no podía seguir trabajando, me iba a cansar y todos esos temas. Y tuve que enfrentar todos esos riesgos, y de a poco, diciendo “Yo tengo que salir adelante, yo tengo que luchar” (Jorge, Reponedor, SB2)

V.5.3 Cómo soy yo frente a mis problemas de salud: Identidad de los trabajadores en torno al vínculo trabajo-salud.

Considerando todo lo expuesto en este capítulo, se propone que los entrevistados van conformando una identidad de sí mismos que se compone de los siguientes elementos centrales:

a) Responsabilidad “consigo mismos” frente a sus problemas de salud

Los trabajadores destacan que son responsables con ellos mismos en relación al cuidado de su salud: “Pero yo pienso que tratando de ser responsable contigo misma. Aparte que tenés que trabajar para tener lo que queres, tienes que preocuparte de tu cuerpo, de tu salud. Si yo dejara de ir al

médico con mi artritis, yo pienso que estaría más cansada, más perjudicada (...) Pero, como te digo, viendo y siendo responsable conmigo, cuidándome. Igual aparte del médico, o de lo que comes, tratar de, si me dice: esto hace bien, yo lo compro y lo tomo. Cosas naturales. Y eso” (Marcela, Cajera, SA1).

b) A pesar de sus problemas de salud “hacer el trabajo igual”

Para los trabajadores, realizar el trabajo aún con condiciones de salud y trabajo adversas es central en cómo se definen como trabajadores: “Con menos gente la cosa es peor, nos hemos dado cuenta con la gente que han echado y nos hemos tenido que esforzar un poco más, pero las cosas las hacemos igual po, a lo mejor no como antes, pero sí las hacemos bien y las hacemos igual, aunque nos demoremos más, pero nos toca hacer cosas que antes hacíamos 3 ahora las tenemos que hacer 5, pero las hacemos igual” (Julio, Carnicero, SB2)

c) Asumir una “lucha” contra los efectos dañinos de la enfermedad sobre sí mismos Esta construcción se posiciona en contraposición a quiénes “no luchan” y se dejan ganar por sus estados de salud. En contraste, ellos sí “darían la pelea” para mejorarse. Para los trabajadores el “luchar” les asegura su bienestar en salud, y su continuidad en el trabajo: “Porque si no tengo salud no voy a poder hacer nada. Cuánta gente que se enferma, queda postrada y ahí queda, no lucha. Yo con mi enfermedad, para mí no tengo artritis. Yo trato de no, mis manos no se van a enchuecar. Yo voy a seguir adelante, yo le voy a ganar a esta enfermedad, aunque de repente parezca una lechuga marchita, trato de darme ánimos y fuerza y seguir, tomarme mis pastillas. Si tengo que ver a otro médico, veré a otro médico. Pero... y a base de pastillas seguir funcionando, pero, no me achaco. Te cansai, te agotai, pero sacai fuerzas y te parai de nuevo, pero tengo que seguir adelante, por mis hijos chicos y mirando a mis hijos me doy ánimo. Tengo que cumplir cuántos años más con colegio. Tengo que darme ánimo” (Marcela, Cajera, SA1)

Yo por eso tengo que seguir trabajando y de repente me duele y pienso que mis hijos van a estar calientitos y bien alimentados y vamos que se puede no más. Tampoco me puedo echar a morir. Si ése es el pero. Si yo me echo a morir, va a ser horrible (Rogelio, Panadero, SB2)

d) No faltar a trabajar por ningún problema de salud laboral (no tomar licencias)

Para todos los trabajadores es constitutivo de quiénes son como trabajadores, y cómo enfrentan sus problemas de salud laboral, el hecho de no faltar nunca al trabajo, aunque se sientan muy mal: “Con mi trabajo no faltando nunca más y trabajando (...) Hace 8 años que no faltó a la pega (...) Ni por resfrío, ni por licencia. Solamente esta licencia que me saque por el trabajo, esos 15 días (Marcos, Carnicero, SB2)

Preocupado, responsable, nunca falta, nunca he faltado, nunca llegó atrasado, comprometido 100% con mi labor (Jorge, Reponedor, SB2)

e) Dar lo mejor de sí mismos en el trabajo, a pesar de sus experiencias de dolor

Para todos los trabajadores, el exigirse y dar lo mejor de sí en su trabajo, es esencial en su conformación de identidad, aún a pesar de sus dolores o problemas de salud: *O sea, si yo hiciera menos fuerza durante el día, el dolor es menos. Pero como al final yo siempre he dicho, a mí me pagan para trabajar no para estar sentada, entonces siempre me sobreexijo un poco más para lograr un objetivo, que esté una sala respuesta, un lugar bonito (Adriana, Reponedora, SA2).*

Su identidad también se construye en contraste a quienes *no* son, contraponiéndose a “otros” trabajadores (principalmente más jóvenes y nuevos). Esta diferenciación, cómo se explicó al principio del capítulo, es propia de los trabajadores que se identifican con el discurso oficial, pues interioriza varios de sus postulados. Sin embargo, también forma parte de sus propias significaciones como “buenos trabajadores”, ya que es posible encontrar matices de estas diferenciaciones en todos los entrevistados:

a) Los “otros” trabajadores son flojos

Los entrevistados se contraponen a “otros” trabajadores que son flojos, se estresan con facilidad, nada lo encuentran bueno, y no quieren hacer bien su trabajo (y por eso faltarían, tomarían licencias, etc.): *Claro, ahí lo que pasa es que mentalmente se va tirando para abajo. Como tú dices esa es una de las causales por las que la gente se estresa de repente, o dicen claro “Tengo un estrés” y va el médico y le dice “Ah, estrés laboral” Pero yo creo que pasa por eso, no pasa por otra cosa. Y además que hay gente floja también, como en todos lados, y ellos se estresan por todo que nada lo encuentran bueno (Armando, Carnicería, SB2)*

b) Los otros trabajadores no superan sus problemas de salud

Para los entrevistados, los “otros” trabajadores no tienen la capacidad de sobreponerse a las dificultades que generan sus problemas de salud, los ritmos de trabajo y las condiciones del supermercado. Por el contrario, ellos han sabido superarse y enfrentar las adversidades. El trabajo en supermercado se presenta como algo que no todos son capaces de enfrentar, y que requiere cierto tipo de carácter y entereza: *Si po, ha habido muchas muchas personas estrés laboral acá. Aunque también es un poco cuestionable ese tema. Yo gracias a Dios no he sufrido eso, o a lo mejor*

lo he sufrido, pero no me he dado cuenta, porque como yo sigo trabajando, como me superé (Jorge, Reponedor, SB2).

c) *Los otros trabajadores faltan/toman muchas licencias*

En contraste con los “otros” trabajadores que usarían las faltas y las licencias para no asistir a trabajar simplemente por falta de ganas, ellos serían responsables y constantes en sus trabajos: *Y uno es constante, siempre viene, no falta por faltar, porque hay mucho cabro joven que trabaja acá y de repente no viene lo fines de semana, no cumplen el horario, no cumplen las tareas que se le designan. Pero uno no, uno ya está viejo ya, tengo 50 años así que tengo otra responsabilidad* (Armando, Carnicería, SB2)

V.5.4 Conclusiones capítulo

Respecto a los efectos de los problemas de salud laboral sobre los procesos de identidad de los sujetos, se pueden esbozar dos conclusiones significativas para el análisis.

La primera es que, a pesar de la notable apelación identitaria que realiza el discurso SSO sobre cómo deben comportarse y ser respecto a sus problemas de salud laboral, los trabajadores no lo interiorizan de manera significativa (en algunos casos, no se vislumbra para nada). El prototipo de individuo responsable promovido por la empresa no coincide con el propuesto por los trabajadores. Esto se debe a que en estos últimos predomina la orientación y el rol de ser “buen trabajador” en sus configuraciones identitarias. A pesar de que existen elementos que coinciden (como no faltar, no tomar licencias, ser proactivo, etc.), proponemos en esta tesis que se vincula más bien a significaciones propias de la clase trabajadores, más que a la internalización de los modelos impuestos por la empresa y el sistema mutual.

Y la segunda es la tensión que se genera entre la vivencia de la enfermedad como “lucha” y la vivencia de la enfermedad como “destrucción de uno mismo”. En la medida que la experiencia de problemas de salud laboral se asume como una lucha contra la enfermedad, los sujetos ocupan sus recursos en mantenerse sanos y a flote, y en evitar los efectos nocivos de la misma sobre la percepción que tienen los otros, y ellos mismos, sobre sí mismos. Por el contrario, cuando las percepciones negativas de los otros han comenzado a penetrar en las configuraciones identitarias, los problemas de salud se vivencian como procesos de pérdida de identidad. El primer tipo de vivencia genera sentimientos de satisfacción y realización personal, y el segundo, sufrimiento y

sentimientos de desvalorización. Estas dos experiencias tensionan los procesos de configuración identitaria de los sujetos, que se mueven desde un relato a otro en sus discursos. No obstante, encontramos que predomina siempre la vivencia de los problemas de salud como una “lucha”, configurando en última instancia una significativa identificación con las categorías de luchadores y resilientes, elementos claves en las identidades de los trabajadores.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis procuró comprender la experiencia de enfermarse en el trabajo y las significaciones y prácticas que los trabajadores construyen frente/sobre a ella, indagando principalmente en la relación que se crea entre trabajo, salud y subjetividad. En este capítulo se dará respuesta a la pregunta de investigación que guió este estudio, sus objetivos e hipótesis.

VI.1 Respuesta a la pregunta de investigación

En función de los hallazgos del presente documento es posible distinguir cuatro significaciones principales que los trabajadores de supermercados construyen sobre la relación entre trabajo y salud, todas ellas interrelacionadas entre sí.

“La salud es un asunto de responsabilidad individual”

Las experiencias de salud laboral de los trabajadores están orientadas por sentidos como “hay que ser responsable con uno mismo” “no hay que dejarse estar” “si no me cuido yo nadie lo va a hacer por mí”, que aluden a la noción de responsabilidad individual en el cuidado y gestión de salud. Es decir, acentúan la importancia del *cuidado de uno mismo*, del preocuparse del bienestar físico y emocional, y de tomar acciones/conductas orientadas a subsanar los daños del trabajo. Se propone, cómo se indicó en la revisión bibliográfica, que esta idea de responsabilidad individual en salud tiene que ver con los procesos de individualización y gestión individual del riesgo difundidos en las últimas décadas en la sociedad, que han tenido una repercusión específica en los ámbitos relacionados con salud.

En este marco, la salud se significa como producto de las elecciones de vida de los sujetos (de cómo trabajo, de cómo me alimento, de cómo me cuido, de cómo vivo) y forma parte de un mandato cultural de la modernidad. Como menciona Crawford (1994), estar saludable es “ser responsable”, mandato asociado a la necesidad de sobrevivir a un mercado laboral competitivo, donde es necesario estar en forma, disfrutar de salud y atesorar aptitudes. Y, como responsabilidad, es primordialmente individual. En las entrevistas, a pesar que existen experiencias de cuidado colectivo, se señala mayoritariamente que es deber de los individuos mantenerse saludables, noción que moldea su forma de entender la enfermedad. Hay una fuerte interpelación a la población para que tome responsabilidad por su propia salud, la que los sujetos aceptarían y asumirían como propia, según se ha venido explicando. En las significaciones de los

trabajadores, la salud es en última instancia responsabilidad del cuidado y preocupación que cada uno ha sabido entregar.

Ahora bien, el asumir la gestión de sí mismos en sus problemas de salud es vivenciado como cansancio y agotamiento, y por ello implica constantemente la necesidad de darse ánimo. Se asume también bajo una sensación de vulnerabilidad, formulada como “tengo que arreglármelas solo porque nadie lo hace por mí”. Hay trabajadores que poseen más recursos para asumir esta gestión individualizada, pero hay quienes no lo poseen, y esos son los más afectados.

Se plantea que estas significaciones mencionadas tienen que ver más con estos procesos ya descritos, que con la apropiación del discurso de responsabilización y autocuidado del Modelo SSO, difundido por la empresa. Su orientación es distinta: los trabajadores orientan sus significaciones hacia el *cuidado* para la mantención del equilibrio entre trabajo y salud, mientras que el discurso se enfoca en la una culpabilización y el *autocuidado* como forma de vida. Aún aquellos trabajadores que aceptan este discurso, no lo interiorizan de manera significativa en sus prácticas. De hecho, el *cuidarse* de los trabajadores implica en muchas ocasiones prácticas que van en contra de las recomendaciones oficiales para prevenir accidentes y enfermedades.

“Ethos del “buen trabajador”

La segunda significación, se asocia a lo que se definió como *ethos del buen trabajador* que implica modos de ser respecto al trabajo y, se concluye, también respecto a la salud. El *buen trabajador* es un sujeto responsable y cuidadoso, esforzado y no flojo, lo que se traduce en no dejar de lado el trabajo por dolores, resfríos, molestias, etc., sino de dar lo mejor de sí mismos (“en la medida de lo posible”). El ser un “buen trabajador” es una orientación que se encontró bastante dominante tanto en las significaciones como las prácticas de los sujetos. Cuando este rol del se rompe, la identidad de los sujetos va a sufrir importantes quiebres. Predomina en la configuración identitaria de los trabajadores, siendo causa de prácticas como ir a trabajar enfermo, exigirse más allá del cansancio o falta de fuerzas, cumplir todas las exigencias, no tomar licencias y más. A pesar que los trabajadores reconocen que estas prácticas a la larga son dañinas, las valoran en la medida que les otorgan satisfacción.

“Luchar contra mi enfermedad”

La tercera significación tiene que ver con la idea de *luchar* contra la enfermedad y del “*aguante*” como *disposiciones subjetivas* que asumen los sujetos, vitales en sus experiencias en trabajo-salud, en la medida que les permiten hacer frente a sus enfermedades y los problemas cotidianos

que suscitan, tanto en el trabajo como en su hogar. Se concluye que se conforman como *estrategias de supervivencia* a las condiciones adversas que provocan sus problemas de salud— — objetivas (endeudamiento, problemas en el trabajo, disminución de salario por días perdidos, etc.) y subjetivas (mentales y emocionales). Estas disposiciones se expresan como luchas explícitas contra el convertirse en inútil, inválido e incompetente, es decir, en una categoría de “no deseado”. De manera que se posiciona como lucha contra el riesgo de la exclusión social que conllevan las enfermedades y lesiones.

Por otro lado, se concluye que funcionan como protectores de la identidad de los sujetos. La idea de asumir una “lucha” tiene que ver con “no dejar que la enfermedad les gane” y “no dejarse vencer por la enfermedad”, aludiendo a un conflicto entre la enfermedad y la pérdida de la identidad construida frente a la categoría trabajo, pero también frente a los “otros significativos” de la vida de los sujetos, como empresa, jefes, familia y amigos. En el fondo, los problemas de salud en el trabajo hacen colapsar identidades tan variadas como las de trabajador, madre, padre, pareja, amigo, etc.

“Búsqueda del equilibrio salud-trabajo”

La cuarta significación, se vincula al intento de buscar el *equilibrio* entre lo que entregan en su trabajo y lo que ceden en su salud. En este punto, se concluye que existe una oposición predominante entre salud y trabajo, donde perciben sus condiciones, exigencias y tipo de trabajo como dañinas para su salud y, por ende, es necesario negociar constantemente cuál cuidar. Es importante la distinción “condiciones, exigencias y tipo de trabajo”, ya que se descubrió que el trabajo en sí, como actividad, es relacionada con efectos positivos sobre la salud y la subjetividad.

Para los trabajadores de supermercado la relación entre trabajo y salud se vivencia principalmente como cansancio y agotamiento. Esto tiene que ver con que el trabajo en *retail* exige un sujeto trabajador que gesta por sí mismo sus condiciones de trabajo, se vale por sus propios medios y posee un alto grado de involucramiento subjetivo con los objetivos de la empresa. Para aquellos trabajadores con condiciones laborales más precarizadas, estas prescripciones significan una movilización de sus dimensiones subjetivas y de su personalidad, afectando sus estados de salud mental y emocional, transformándose en angustia y cansancio. A esto se le suma el traspaso de los riesgos y responsabilidades en sus problemas de salud, que también deben gestionar por sí mismos, aumentando la sensación de vulnerabilidad y desprotección.

Los trabajadores estarían constantemente negociando entre sus estados de salud y el cumplimiento de su labor. Se encontró que esta negociación tiene dos niveles: uno tiene que ver con las exigencias propias de la empresa, y otro con el *ethos del buen trabajador*, siendo este último el más importante. Los trabajadores privilegiarían en sus comportamientos y prácticas el ser “buenos trabajadores”, pues se asocia a sentidos de realización personal. Las prácticas de cuidado y protección de sí mismos no interrumpen este principio, sino que se circunscriben alrededor de él. La importancia de ir al médico, tomarse los remedios, cuidar las fuerzas, no involucrarse emocionalmente y seguir alimentación saludable, son prácticas protectoras de salud, pero no ponen en juego su puesto de trabajo ni su imagen como trabajadores. Esto se confirma cuando se observan las prácticas “dañinas” que desenvuelven, como ir a trabajar enfermos, mantenerse estables con remedios, no tomar las licencias, orientadas por la noción de “mantenerse equilibrados” cuyo objeto principal es poder continuar trabajando. En algunos trabajadores la orientación de “protegerse” es más fuerte que en otros, y esto va a depender de sus condiciones objetivas de trabajo, es decir, de si están más cercanos a la categoría de trabajadores “privilegiados” o “desfavorecidos”.

Acotaciones sobre las prácticas

De otro lado, los hallazgos de la investigación también permiten comprender las prácticas de los trabajadores frente a sus problemas de salud laboral. Las prácticas, aparte de estar moldeadas por las significaciones u orientaciones sobre trabajo y salud, dependen también de sus condiciones objetivas de vida y de sus experiencias en trabajo-salud. Así, se observa que están conformadas de manera importante por la sección en la que trabajan, su relación con los jefes y empresa, su experiencia de reconocimiento/no reconocimiento en la mutual, el interés y apoyo de la empresa en su problema de salud, el apoyo de sus pares, compañeros y familiares, la gravedad de su enfermedad, los obstáculos puestos por la empresa, la mutual y el sistema de salud para su tratamiento, los recursos económicos y el costeo de su tratamiento, el discurso en SSO y su cercanía con él, y la interferencia del problema de salud en su vida cotidiana y en su desempeño laboral. Todos estos elementos son parte de sus experiencias salud trabajo, y cómo ya se estableció, conforman dos experiencias principales: una precarizada y otra más privilegiada.

Se concluye con ello que las prácticas relativas al cuidado de la salud tienen que ver con los mensajes e informaciones que recibe del modelo sanitario de atención, pero obtiene sus contenidos de la experiencia subjetiva del individuo y de sus condiciones socio estructurales.

VI.2 Contrastación de hipótesis y resultados por objetivo

En este apartado, se incluyen las conclusiones específicas para cada objetivo de la investigación en particular, y la verificación de cada hipótesis que les corresponden.

Objetivo 1: Analizar los modos de gestionar los problemas de salud laboral en el trabajo por la empresa y el sistema mutual

Hipótesis 1: Los modos de gestionar los problemas de salud laboral por parte de la empresa y el sistema mutual se caracterizan por no reconocer los accidentes y enfermedades de los trabajadores como de origen laboral, y por desplegar un discurso que responsabiliza a los trabajadores de sus lesiones, accidentes y enfermedades en el trabajo. Los trabajadores rechazarían en sus prácticas y significaciones esta gestión y el discurso responsabilizador que la justifica.

Según los hallazgos de la investigación, la primera parte de la hipótesis se acepta como verdadera. La gestión de la empresa y la mutualidad en salud y seguridad ocupacional se caracteriza por el no reconocimiento laboral de las enfermedades (y algunos accidentes) que los trabajadores adquieren en el trabajo. Este hecho es central en las experiencias de trabajo-salud, conformando en gran medida las significaciones y prácticas sobre los problemas de salud ocupacional. Los hallazgos también describen una serie de estrategias empleadas por las empresas para evitar la declaración de siniestros como de origen laboral, y el despliegue de un discurso responsabilizador hacia el trabajador de sus problemas de salud, que se denominó “discurso oficial”. En estas estrategias y discursos, se desestima a la organización laboral como fuente de enfermedades y accidentes, y se culpabiliza a los trabajadores de cualquier evento de salud sucedido en el espacio laboral. La causal de siniestros más relevante son los “actos inseguros” de los trabajadores que responden a una suerte de “propensión al accidente” ejemplificada en descuidos, distracciones, poca responsabilidad, falta de educación y de instrucción, y de rechazo a las normas de prevención.

Se encontró también que la mayoría de las estrategias estarían enfocadas a la difusión de la idea de que los trabajadores que asisten a la mutual, faltan, se enferman y/o accidentan continuamente, son indeseables por la gerencia. El discurso se caracteriza así por un énfasis moralista y normativo que moldea un tipo específico de trabajador “aceptado” por la gestión empresarial, que posee determinados comportamientos asociados a la salud y seguridad. Las conductas

riesgosas son una falta moral o un defecto psicológico, atribuyendo la falta de salud a defectos personales en los trabajadores.

En cambio, la segunda parte de la hipótesis debería ser parcialmente rechazada, ya que existen trabajadores que incorporan este discurso en sus significaciones y prácticas, como suyo, y hay trabajadores que lo rechazan, conformando significaciones propias sobre la relación entre trabajo y salud. Los trabajadores que incorporan el discurso oficial a sus significaciones se caracterizan por no haber sufrido el rechazo de algún siniestro como de origen laboral, no tener problemas de salud muy graves, tener buenas condiciones de trabajo y cercanía con sus jefes y superiores. Fueron denominados como “trabajadores privilegiados”. Por el contrario, aquellos que rechazan este discurso, tienen enfermedades que les provocan periodos intensos de dolor, que fueron rechazadas por el sistema mutual, y no han recibido apoyo de la empresa, a lo que se suman malas condiciones de trabajo. Fueron denominados “trabajadores desfavorecidos”. Se observa, así, como la experiencia con la empresa y la mutual respecto a sus problemas de salud es un aspecto determinante en la aceptación y/o rechazo del discurso oficial.

Objetivo 2: Analizar las prácticas que construyen los trabajadores y los sentidos que les otorgan, para gestionar sus problemas de salud laboral.

Hipótesis 2: Las prácticas que construyen los trabajadores para gestionar sus problemas de salud laboral están orientadas a privilegiar la permanencia en el trabajo y su productividad, por sobre sus estados de salud.

Esta hipótesis se confirma como verdadera, pero posee sus matices. Las prácticas de privilegio del trabajo/salud (como par dicotómico) van variando según las condiciones objetivas de los trabajadores, sus necesidades y recursos. A pesar de la importancia de *cuidarse* y *ser responsable con uno mismo* en el discurso de los trabajadores, muchas de sus prácticas están orientadas a asegurar su permanencia en el trabajo, lo que pone en riesgo en ocasiones sus estados de salud. En este punto, los trabajadores asumen dos comportamientos principales. Uno es el señalado en la hipótesis, donde los trabajadores favorecen la imagen que entregan a la empresa, de trabajador responsable y productivo, para resguardar sus trabajos. En estas imágenes es importante que los superiores “sepan” que fue a trabajar enfermo, que ocupó su tiempo de vacaciones en operarse, que no ha tomado licencias, que trabaja con dolor, etc.

Y el otro es el que se define en este estudio como “prácticas de resistencia”—siguiendo el desarrollo de Scott (2000)— y son aquellas inventadas por los subordinados para contradecir el

discurso hegemónico, que se mantienen en secreto o fuera de la vista de los grupos de elite, y que funcionan como tácticas de supervivencia. Este término es adecuado para designar las prácticas que los entrevistados utilizan para cuidar de su salud que van en contra de los requerimientos, exigencias y discursos de la gestión empresarial. Entre ellas la que sobresale es la resistencia a involucrarse subjetivamente con su trabajo y a poner a disposición sus emociones, pues es considerada por los trabajadores (especialmente los que están en contacto directo con el cliente) como la más dañina para su salud. Por contraste, no se encontraron prácticas explícitas de alineamiento con el discurso SSO.

Objetivo 3: Analizar los significados entregados al trabajo, la salud y el vínculo entre ambas.

Hipótesis 3: *Las significaciones de trabajo, salud y su vínculo, que construyen los trabajadores de supermercados sobre el trabajo van a depender en gran medida de la red de apoyo que posean en sus trabajos y en su hogar. Los trabajadores que posean una red de apoyo importante, van a significar de maneras más positivas el trabajo, la salud y la relación entre ambas.*

Esta hipótesis se confirma como verdadera. Se comprueba que los trabajadores que poseen condiciones laborales que entregan protección y satisfacción, que se saben parte de un proyecto común, donde hay posibilidades de participación y autonomía, y relaciones de solidaridad, tienen mejores estados de salud y de realización personal, pues poseen mayor posibilidad de desarrollo y afirmación de sus subjetividades. En cambio, trabajadores con malas condiciones de trabajo, y a la vez con peores o escasas redes de apoyo, sin reconocimiento en sus trabajos y sus pares, poseen peores condiciones de salud, y al mismo tiempo sufren mayormente las consecuencias subjetivas del trabajo. Las redes de apoyo (compañeros de trabajo, jefes y superiores, familiares, amigos, y otros) se posicionan como esenciales en las significaciones sobre la relación entre trabajo y salud. Esto se debe a que el trabajo en condiciones de precariedad elimina las posibilidades de planificar el futuro y de construir identidades colectivas e individuales capaces de otorgar un sentido de vida (Amable, 2006), puede obstaculizar los efectos saludables asociados al empleo por menos estados de satisfacción (Vives, 2010) y facilita los abusos y la discriminación en el lugar de trabajo, lo cual se encuentra asociado a efectos negativos en la salud mental (ENETS, 2010). El trabajo es experiencia objetiva, subjetiva, pero también intersubjetiva y cargada de diversas significaciones.

Objetivo 4: Analizar cómo afectan los problemas de salud laboral en la construcción de identidad de los trabajadores.

Hipótesis 4: Los problemas de salud al interior del trabajo van a significar un desmoronamiento de la identidad laboral de los trabajadores, pues afectan negativamente la percepción de sí mismos y la percepción de sus pares, familia y empresa.

Esta hipótesis se confirma como parcialmente verdadera. Recordando los capítulos anteriores, las teorías de la identidad relatan cómo las estructuras sociales influyen las identidades de los individuos y sus comportamientos, a la vez que los roles que se adjudican los vinculan a la estructura social y el orden normativo en los que están insertos. La investigación encontró que los problemas de salud laboral tienen una gran importancia en la conformación de identidad de los sujetos, afectándola de dos maneras distintas. La primera es de forma negativa, posible de observar en algunos casos analizados y se produce cuando la enfermedad implica la pérdida de la valoración de los “otros” (sea en el espacio laboral y/o privado) y la denostación del sí mismo y sus capacidades y, al mismo tiempo, la pérdida de uno de los pilares de la conformación identitaria: el trabajo. Por eso, los efectos de los problemas de salud laboral sobre la identidad son más notorios en los trabajadores que poseen un fuerte vínculo con su actividad.

Pero también existe una segunda manera, la cual se ha definido como “positiva” porque se conforma como un aporte a la configuración identitaria. Se trata de la identificación con las categorías de “luchadores” y “resilientes” que realizan los sujetos después de haber vivido (o al estar viviendo) una enfermedad de tipo laboral, que afecta su desempeño en el trabajo. Los individuos se definirían como personas que “han aguantado” y que “han soportado” las adversidades provocadas por su enfermedad, agregando estas categorías de manera específica a su identidad como “buenos trabajadores”.

En este sentido, se plantea que las percepciones e imágenes que tienen los individuos sobre sí mismos juegan un papel importante en las significaciones y comportamientos sobre salud. Dado que los significados que construyen los sujetos tienden a estructurar su visión de mundo, los individuos que se ven asimismo de cierta manera, es más probable que perciban su enfermedad o condición en formas que se correspondan con estas definiciones o imágenes de sí mismos. De esta forma, los individuos se esforzarían por mantener una imagen coherente de sí mismos, a pesar de la enfermedad (Lively & Smith, 2010).

VI.3 Reflexiones: aportes y limitaciones del estudio.

VI.3.1 Aportes de la investigación

La investigación intentó abordar la relación entre trabajo, salud y subjetividad de manera multifacética, considerando los variados aspectos que influyen en las experiencias de accidentes y enfermedades ocupacionales de los trabajadores de supermercados. En este apartado se reflexionará sobre los aportes y los limitantes del presente estudio.

En un primer nivel, esta investigación ha sido un aporte en la comprensión de los efectos las transformaciones del mundo del trabajo y nuevas modalidades de gestión sobre los estados de salud de la población trabajadora del *retail* en general, y de supermercados, en particular. Se ha profundizado en el mundo del supermercado, el tipo de trabajo que realizan y los problemas de salud que poseen. De esta forma, se considera que el presente estudio es una contribución para poder entender la compleja relación entre trabajo y salud en las modalidades modernas del trabajo, contribuyendo a los estudios que analizan el impacto de las transformaciones de la estructura ocupacional y de las tendencias en el mundo laboral. En la misma línea, la investigación permite acceder de manera específica a las significaciones sobre trabajo y salud que construye esta clase obrera de servicios, así como a sus procesos de constitución de identidad laboral y de relaciones sociales, lo que es un aporte a las investigaciones en ciencias sociales que indagan en las configuraciones identitarias de los nuevos tipos de trabajadores.

En un segundo nivel, esta tesis contribuye a la comprensión de las vinculaciones entre trabajo, salud y subjetividad. Son pocos los estudios que incluyen la dimensión subjetiva, desde la sociología, al estudio del trabajo y la salud, y hacerlo permitió profundizar en cómo los problemas de salud laboral inciden en las formas de entender el mundo y de entenderse a sí mismos de los trabajadores. La salud es un valor de primer orden en la modernidad, así como también el trabajo, y cualquier evento que ponga en peligro la continuidad de ambas, se vuelve un quiebre o ruptura importante en la identidad de los sujetos.

En un tercer nivel, el punto de vista desde la salud laboral posibilita la observación de los procesos de individualización y responsabilización de la sociedad chilena, y cómo los sujetos significan y se comportan frente a las interpelaciones de gestión individualizada. La apelación a valores morales y empresariales para crear una cierta personalidad en sus empleados, asociados a una actitud positiva, carácter emprendedor e independiente, capacidad de aceptación de riesgos, fácil adaptación y disposición emocional, son cualidades que son requeridas como verdaderas

fuerzas productivas que, cómo descubrimos, se replican en el modo en que la cultura organizacional y las gerencias imponen categorizaciones a sus trabajadores sobre cómo ser respecto a su salud laboral, con el objetivo de regular sus reportes y comportamientos en salud y seguridad laboral, a través de la colonización de su subjetividad. En este caso en específico, la empresa y el modelo en SSO imponen una determinada identidad de trabajador sano y responsable, acorde a sus intereses particulares.

En las sociedades contemporáneas los actores sociales cuentan con recursos desiguales para difundir discursos, perspectivas y modelos particulares de identidad. Y estas formas simbólicas son utilizadas para sostener relaciones de dominación y legitimar el poder en los grupos dominantes (Díaz et al., 2006). En este contexto, esta investigación contribuye a la descripción y análisis del modo en que los distintos actores del ámbito de salud laboral generan distintos modelos y discursos que interpelan identidad, y cómo los trabajadores, en particular, reinterpretan, resisten, aceptan y/o negocian estas interpelaciones, al mismo tiempo que construyen las suyas propias, fuera de estos modelos. Así, se ha podido ahondar en los sentidos, significaciones, modos de convivir, márgenes de acción y recursos con los que los trabajadores vivencian su proceso de trabajo-salud.

VI.3.2 Limitaciones y nuevas líneas de investigación

Un elemento importante a considerar es que esta tesis es un aporte sustantivo a la comprensión de los fenómenos analizados a partir del análisis cualitativo de la información. En ese sentido, adherimos a la perspectiva que plantea que un estudio de este tipo permite conocer en profundidad un sector específico de realidad, como lo es el sector del *retail* y supermercado, y adentrarnos en la comprensión de los significados y prácticas que construyen los trabajadores respecto a la salud laboral, en un contexto de vulnerabilidad en sus condiciones laborales. Este enfoque no permite hacer una generalización estadística de los resultados, pero sí interpretativa y teórica.

Al considerar distintas relaciones en esta investigación y niveles de comprensión, es posible indicar algunos elementos que aparecieron a lo largo del estudio como relevantes y que podrían profundizarse mayormente en estudios posteriores. Entre ellos consideramos las distinciones de género y distinciones por clases sociales. Creemos que los resultados obtenidos en este estudio ofrecen la oportunidad de ahondar en cómo lo masculino y lo femenino influyen en estas significaciones y prácticas, y cuáles son las diferencias que existen entre distintos tipos de

trabajadores. También nos parece interesante la posibilidad de profundizar en cómo los problemas de salud al interior del espacio laboral afectan e inciden en los procesos de construcción de identidades de los trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceituno, R., Miranda, G., & Jiménez, Á. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, 7(3), 88-102.
- Acevedo, D. (1997). Género y flexibilización en el trabajo. Impacto en la salud. *Cuadernos Mujer Salud*, 28-36.
- Agacino, R., & Echeverría, M. (1995). *Flexibilidad y condiciones de trabajo precarias*. Santiago: PET.
- Aguilar, O. (2001). *Tendencias y visiones sobre la crisis del trabajo*. Documento N° 4. Santiago: Programa de Estudios Desarrollo y Sociedad – Universidad de Chile.
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa* (Vol. 2). Editorial Fundamentos.
- Amable, M. (2006). *La precariedad laboral y su impacto en la salud: Un estudio de trabajadores asalariados de España*. Programa de doctorat en ciències de la salut i de la vida, 1998-2000. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra.
- Amable, M., Benach, J., & Gonzales, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivo Prevención de Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184.
- Ansoleaga, E. (2013). *Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: Un asunto pendiente en salud pública*. Tesis para optar la grado de Doctor en Salud Pública, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Santiago.
- Ansoleaga, E., & Miranda, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 1-14.
- Antunes, R. (2005). *Sentidos del Trabajo. Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Herramienta.
- Araujo, K. (2014). La desmesura y sus sujetos: el trabajo en el caso de Chile. En A. Stecher, & L. Godoy, *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades* (págs. 277-298). Santiago: RIL Editores.

- Araujo, K., & Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes: Retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. Santiago: LOM.
- Arellano, P., & Carrasco, C. (2014). *Las empresas en Chile por tamaño y sector económico desde el 2005 a la fecha*. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Unidad de Estudios, Santiago.
- Arteaga, C. (2000). *Modernización agraria y construcción de identidades*. México: Plaza y Valdés.
- Arteaga, C., & Pérez, S. (2011). Experiencias de vulnerabilidad: de las estrategias a las tácticas subjetivas. *Universum (Talca)*, 26(2), 67-81.
- Aubert, N., & Gaulejac, d. V. (1993). *El coste de la excelencia*. Paidós.
- Battistini, O. (2004). En O. Battistini, *El trabajo frente al espejo : continuidades y rupturas en los procesos de construcción identitaria de los trabajadores*. Buenos Aires: Prometeo.
- Bauman, Z. (2000). *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Editorial Gedisa.
- _____ (2007). *Tiempos líquidos: vivir en una época de incertidumbre*.
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz: la precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Paidós.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Paidós.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?*. Editorial El Viejo Topo.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad* (Vol. 975). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bermann, S. (1993). *El estudio de la salud mental en relación con el trabajo*. Argentina: Editorial Paltex.
- Betancourt, O. (1995). *La salud y el trabajo: reflexiones teórico-metodológicas*. Quito: OPS.
- _____ (1999). *Salud y Seguridad en el Trabajo*. Quito: FUNSAID.
- _____ (2007). Enfoque alternativo de la seguridad y salud en el trabajo. *Prevención es Desarrollo*, 3-16.
- Bolstanki, L., & Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Akal.

- Breilh, J. (1991). *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Quito: CEAS.
- _____ (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Burawoy, M. (1989). *El consentimiento en la producción: Los cambios del proceso productivo en el capitalismo monopolista*. Buenos Aires: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.
- Calderón, J. Á. (2008). Trabajo, subjetividad y cambio social: rastreando el trabajo emocional de las teleoperadoras/Work, subjectivity and social change: searching the emotional work of the women workers in the call centres. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 91.
- Canales, M. (2006). *Metodología de la investigación: Introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- CASEN (2011). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social.
- _____ (2012). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social.
- _____ (2013). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social.
- _____ (2015). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social.
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de La Cuestión Social, Las*. Paidós.
- _____ (2010). *El ascenso de las incertidumbres*. Paidós
- Castillo, J. J., & López, P. C. (2009). Modelos productivos, salud laboral y políticas de prevención: el caso español. *La Mutua*, 27(21), 27-48.
- Castro, V., & del Carmen, M. (2002). La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. *Región y sociedad*, 14(25), 257-269.
- CEM. (2008). *Salud mental, trabajo y género: bibliografía comentada*. Informe parte del "Proyecto Araucaria": "Research, policy and practice with regard to work-related mental health problems in Chile: a gender perspective", CEM.

- CEPAL. (2011). *El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad*.
- Concha, M., & Labbé, J. (2007). Enfermedades profesionales: Una aproximación a su frecuencia. *Ciencia & Trabajo*, 9(25), 117-120.
- Coriat, B. (1995). *Pensar al revés: Trabajo y organización en la empresa japonesas*. Siglo XXI.
- Cornejo, R. (2012). *Nuevos sentidos del trabajo docente: un análisis psicosocial del bienestar/malestar, las condiciones de trabajo y las subjetividades de la/os docentes en el Chile neoliberal*". Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago, Chile.
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services*, 7(4), 663-680.
- Davezies, P. (1998). De la prueba a la experiencia, identidades y diferencias. En D. Dessors, & M.-P. Guiho-Bailly, *Organización del trabajo y salud* (págs. 179-192). Buenos Aires: Lumen.
- De La Garza, E. T. (2009). El trabajo no clásico y la ampliación de los conceptos de producción, control, relación laboral y mercado de trabajo. *Sociología del Trabajo*, 67, 71-96.
- _____ (2011). Más allá de la fábrica: los desafíos teóricos del trabajo no clásico y la producción inmaterial. *Nueva sociedad*, (232), 50-70.
- Dejours, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En D. Dessors, & M.-P. Guiho-Bailly, *Organización del trabajo y salud* (págs. 23-78). Buenos Aires: Lumen.
- _____ (2009). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus Laborandi.
- Di Nicola, P. (1994). Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud. En P. Donati, *Manual de Sociología de la Salud* (págs. 34-49). Ediciones Diaz de Santos.
- _____ (1994b). El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud. En P. Donati, *Manual de Sociología de la Salud* (págs. 209-230). Ediciones Diaz de Santos.
- Díaz, X. (1996). La salud de los trabajadores o los costos del modelo. *Cuadernos Médicos Sociales*, XXXVII(1), 11-16.
- Díaz, X., Godoy, L., & Stecher, A. (2005). *Significados del trabajo, identidad y ciudadanía. La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible*. Santiago: CEM.

- Díaz, X., & Mauro, A. (2012). Reflexiones sobre la salud mental y trabajo en Chile: análisis de casos desde una perspectiva de género. En A. Cárdenas, F. Link, & J. Stillerman, *¿Qué significa el trabajo hoy? Cambios y continuidades en una sociedad global*. Santiago: Catalonia.
- Díaz, X., Godoy, L., & Stecher, A. (2005). *Significados del trabajo, identidad y ciudadanía: La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible*. Santiago: CEM.
- _____ (2006). Significados del trabajo en un contexto de flexibilización laboral: la experiencia de hombres y mujeres de Santiago de Chile. En X. Díaz, L. Godoy, A. Stecher, & J. P. Toro, *Trabajo, identidad y vínculo social* (págs. 29-60). Santiago: LOM.
- Dubar, C. (2005). *A socialização: construção de identidades sociais e profissionais*. Sao Paulo: Martins Fontes.
- Duhart, E. & Echeverría, M. (1988). *Trabajo y salud*. Santiago: Academia del Humanismo Cristiano.
- Echeverría, M. (2000). La Salud Laboral en Chile: Logros y asuntos pendientes. *Serie Análisis Laboral*(12). Santiago.
- _____ (2007). El reconocimiento de los trastornos de salud mental en el trabajo en Chile. *Informe para el proyecto: Research, policy and practice with regard to work-related mental health problems in Chile: a gender perspective*. Santiago: Proyecto Araucaria.
- Echeverría, M., & López, D. (2004). *Flexibilidad en Chile: Las empresas y las personas*. Santiago: Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo.
- Echeverría, M., & Jeria, L. (2005). Beneficios por reducir la jornada e inequidades por resolver. *Temas Laborales N° 23*. Santiago: Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo.
- ENCLA. (2011). *Séptima Encuesta Laboral*. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo.
- _____ (2014). *Octava Encuesta Laboral*. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo.
- ENETS. (2010). *Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Trabajadores y Trabajadoras en Chile*. Ministerio de Salud.
- Espinosa, M. (2001). *Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores*. Santiago: Dirección del Trabajo.
- Espulga, J. (2002). Las dimensiones sociales del riesgo y la prevención de riesgos laborales. *Gobernabilidad y seguridad sostenible*.

- Figueroa, J. P., & Villarrubia, G. (24 de 06 de 2011). El imperio de negocios que la ACHS creó con las cotizaciones de los trabajadores. Santiago, Chile. Obtenido el 13 de 02 de 2013, de <http://ciperchile.cl/2011/06/24/el-imperio-de-negocios-que-la-achs-creo-con-las-cotizaciones-de-los-trabajadores/>
- Finkelstein, R. (2009). El Rol Constitutivo de la Seguridad Ocupacional. *Ciencia y Trabajo*, 11(33), 145-151.
- _____ (2011). Las Consecuencias de la Cultura en Salud y Seguridad Ocupacional en una Empresa Minera.
- Franco, T., Druck, G., & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. Saúde ocupacional*, 35(122), 229-248.
- Fundación Sol (2014). *La salud en el marco de los derechos sociales*. Santiago.
- Fundación Sol. (2015). *Los verdaderos sueldos en Chile. Panorama actual del valor del trabajo usando la Encuesta NESI*. Santiago.
- Gálvez, T., Henríquez, H., & Morales, G. (2009). *Holdings y tiendas: la trama que multiplica las ventas y redobla el trabajo*. Cuaderno de Investigación N°, 36. Santiago: Dirección del Trabajo.
- García, F. J. P. (2004). Intensificación del esfuerzo de trabajo en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 22(2), 117-135.
- Giménez, G. (1996). La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. *Identidad III Coloquio Paul Kirchhoff*. UNAM.
- Glaser, B. & A. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company,
- Haidar, V. (2013). ¿Salud y productividad?: sobre la formación de una analítica "económica" de la relación salud-trabajo (Argentina, 1900-1955). *Salud colectiva*, 9(2), 195-214.
- Hall, S. (1996). Introducción: ¿Quién necesita identidad? En S. Hall, & P. Du Gay, *Cuestiones de Identidad Cultural* (págs. 13-39). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Henríquez, H., & Uribe-Echavarría, V. (2003). Trayectorias Laborales: la certeza de la incertidumbre. *Cuaderno de Investigación N° 18*. Santiago: Dirección del Trabajo.

- Herrera, M. (2007). *Individualización social y cambios demográficos: ¿Hacia una segunda transición demográfica?* Madrid: Siglo XXI.
- Hochschild, A. R. (2003). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Univ of California Press.
- Hopenhayn, M. (2001). *Repensar el trabajo: Historia, profusión y perspectivas de un concepto*. Buenos Aires: Norma.
- INE. (2015). *Índice de ventas de supermercados*. Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago.
- Jiménez, J. d. (2001). *Chile: El sistema privado de administración de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Santiago: OIT.
- Joffe, H. (2002). Social Representations and Health Psychology. *Social Science Information*, 41(4), 559-580.
- Karasek, R. A., Theorell, T., Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Pieper, C. F., & Michela, J. L. (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *American journal of public health*, 78(8), 910-918.
- Kremerman, M., & Durán, G. (2007). *Informe Retail: Capítulo Supermercados*. Cuadernos de Investigación N°1. Santiago: Fundación Sol.
- _____ (2008). *Caracterización del sector comercio al por menor: Retail, una mirada general*. Cuadernos de Investigación N°7. Santiago: Fundación Sol.
- _____ (2008b). *Caso de Estudio: Supermercados en Chile*. Pontificie Universidad Católica de Valparaíso. Santiago.
- Kuhn, T. S. (2011). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de cultura económica.
- Landa, M. I., & Marengo, L. (2011). El cuerpo del trabajo en el capitalismo flexible: lógicas empresariales de gestión de energías y emociones. *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 29(1), 177-199.
- Larraín, J. (2001). *Identidad chilena*. Santiago: LOM.
- Laurell, A. C. (1993). La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En A. C. Laurell, *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (págs. 13-37). México: OPS.

- Lira, L. (2005). Cambios en la industria de los supermercados. Concentración, Hipermercados, relaciones con proveedores y Marcas Propias. *Estudios Públicos*, 97, 135-160. Santiago.
- Lively, K. J., & Smith, C. L. (2010). Identity and Illness. En B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod, & A. Rogers, *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing: a blueprint for the 21st century* (págs. 505-528). Springer.
- López, D. (2008). Flexibilidad Laboral en Chile: Un paseo por la realidad. En Á. Soto, *Flexibilidad Laboral y Subjetividades. Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo* (págs. 41-50). Santiago: LOM.
- López, S. A., & Nieves, M. R. (1992). Salud mental y mujer: su especificidad. En F. S. Lolas, R. Florenzano, G. Gyarmati, & C. Trejo, *Ciencias Sociales y Medicina: perspectivas latinoamericanas* (págs. 30-37). Universitaria.
- Martuccelli, D. (2007). *Lecciones de sociología del individuo*.
- Marx, K. (1973). Capital: tomo I. LOM
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67.
- _____ (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1), 9-32.
- Melucci, A. (1999). *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*. México: Centro de Estudios Sociológicos.
- Messing, K., Seifert, A. M., & Gonzáles, R. (1997). Haciendo visible lo invisible. *Cuadernos Mujer Salud*, 2(15-27).
- MINSAL. (2011). *Precariedad Laboral y Salud en los Trabajadores de Chile*. Santiago.
- Miranda, H. G. (2012). *Protección de la salud mental en el trabajo: Desafíos para la institucionalidad chilena*. Tesis para optar al grado de doctor en Salud Pública, Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública.
- Navarro, V., Borrell, C., Muntaner, C., de Rovira, J. B., & Quiroga, A. (2007). El impacto de la política en la salud. *Salud colectiva*, 3(1), 9-32.
- Neffa, J. C. (2002). *Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo: propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires: CEIL.

- _____ (2010). La transición de los "verdaderos empleos" al trabajo precario. En E. T. De La Garza, & J. C. Neffa, *Trabajo, Identidad y Acción Colectiva* (págs. 43-80).
- Noriega, M. (1993). Organización laboral, exigencias y enfermedad. En A. C. Laurell, *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores* (págs. 167-187). México: OPS.
- Novick, M. (2000). La transformación de la organización del trabajo. *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*, 123-147.
- OIT. (2013). *La prevención de las enfermedades profesionales*. Organización Internacional del Trabajo.
- Olabuénaga, R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ongheña, Y. (2004). Víctimas y responsables: líneas transversales de los debates. *Revista CIDOB d'afers internacionals*, 183-205.
- OPS. (2011). *La salud en Chile 2010: Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Santiago.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of orthopsychiatry*, 21(3), 452-460.
- Pérrilleux, T. (2008). Subjetivación frente a la prueba del trabajo flexible. En Á. Soto, *Flexibilidad Laboral y Subjetividades. Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo* (págs. 137-154). Santiago: LOM.
- Pina, J. A., & Navarro, E. S. (2014). Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 39(130), 150-160.
- Piña. (2011). *Mejorando las Competencias Laborales del Sector Retail*. Comisión Sistema Nacional de Certificación de Competencias Laborales. Santiago.
- PNUD. (2000). *Informe de Desarrollo Humano en Chile: Las siete libertades*. Santiago.
- _____ (2002). *Informe de Desarrollo Humano en Chile: Profundizar la democracia en un mundo fragmentado*. Santiago.
- _____ (2009). *Informe de Desarrollo Humano en Chile: La manera de hacer las cosas*. Santiago.
- _____ (2012). *Informe de Desarrollo Humano en Chile: Bienestar subjetivo, el desafío de repensar el desarrollo*. Santiago.

- Pujol, A. (2013). Trabajo y subjetividad. Trazos para la construcción de una mirada regional. *Trabajo, actividad y subjetividad Debates abiertos*, 53-69.
- Quintero, M. d. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, 41-50.
- Ramos, C. (2014). La modernización de la empresa chilena: posfordismo con huellas autoritarias. En A. Stecher, & L. Godoy, *Transformaciones del trabajo, subjetividades e identidades: Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina* (págs. 79-102). Santiago: RIL editores.
- Ramos, P., & Echeverría, M. (1985). *Enfermedades de los trabajadores y crisis económica*.
- Roberts, C (2004): *La verdadera cara del retail* (Diario Pyme- Columna opinión Cynthia Roberts, 26 de abril de 2004). (Publicación en línea) en <http://www.diariopyme.cl/newtenberg/1628/article-61137.html>
- Rodríguez, C.A (2005). *La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente*. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- _____ (2013). La salud de los trabajadores: entre la ciencia y la ética. *Salud Colectiva*, 9(2), 133-137.
- Rodríguez, F. R., & Ruiz, S. G. (2010). *Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y su rehabilitación emocional: la intervención de salud mental en el área de la rehabilitación laboral*. Universidad del Rosario.
- Ruiz-Frutos, C., García, A. M., & Benavides, F. G. (2007). Salud Laboral. En C. Ruiz-Frutos, A. M. García, & F. G. Benavides, *Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (págs. 33-43). Barcelona: Elsevier Masson.
- Sánchez, P. (Julio-Septiembre de 2006). Salud Mental y Trabajo: Un problema en alza. *Ciencia & Trabajo*, 8(21), 64-69.
- Sanfuentes, M. (2008). Apropiación y conflictos de rol en sistemas organizacionales. En Á. Soto, *Flexibilidad laboral y subjetividades: hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo* (págs. 208-216). LOM.
- Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: ERA.

- Scott, C., & Trethewey, A. (2008). Organizational Discourse and the Appraisal of Occupational Hazards: Vulnerability, Invincibility, and Identity at Work. *Journal of Applied Communication Research*, 36(3), 298-317.
- Seligmann-Silva, E. (2010). O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Revista brasileira Saúde Ocupacional*, 35(122), 187-191.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Soares, A. (2011). Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços. *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, 16(26), 89-117.
- Soto, Á. (2009). Formas y tensiones de los procesos de individualización en el mundo del trabajo. *Individuo y Sociedad*, 3(2), 101-119.
- Soto, Á., & Gaete, T. A. (2013). Tensiones en la construcción identitaria individualizada en el trabajo flexible. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1169-1182.
- Stecher, A. (2012). Perfiles Identitativos de trabajadores de grandes empresas del retail en Santiago de Chile: Aportes psicosociales a la comprensión de las identidades laborales. (P. U. Chile, Ed.) *Psyche*, 2(21), 9-20.
- Stecher, A., Godoy, L., & Toro, J. P. (2010). Condiciones y experiencias de trabajo en la sala de venta de un supermercado: Explorando los procesos de flexibilización laboral en el sector del retail en Chile. *Polis (Santiago)*, 9(27), 523-550.
- Stecher, A., & Godoy, L. (2014). *Transformaciones del trabajo, subjetividad e identidades. Lecturas psicosociales desde Chile y América Latina*. Santiago: Ril Editores.
- SUCESO. (2011). *Informe Anual de Estadísticas de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Departamento Actuarial de la Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO), Santiago de Chile.
- _____ (2013). *Informe Anual de Estadísticas de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Departamento Actuarial de la Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO), Santiago de Chile.

- _____ (2014). *Informe Anual de Estadísticas de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Departamento Actuarial de la Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO), Santiago de Chile.
- _____ (2015). *Informe Anual de Estadísticas de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Departamento Actuarial de la Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO), Santiago de Chile.
- _____ (2015b). *Panorama Mensual Seguridad y Salud en el Trabajo. Las enfermedades profesionales en Chile: seguro social contra riesgos del trabajo*. Superintendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, Departamento Actuarial de la Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO), Santiago de Chile.
- Taylor, S. J., & Bogdan. R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 9.
- Tomasina, F. (2012). Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Revista Salud Pública*, 14(1), 56-67.
- Tonelli, P. (02 de Julio de 2013). *Radio Cooperativa*. Recuperado el 2 de Mayo de 2014, de Coopetativa.cl: <http://blogs.cooperativa.cl/opinion/politica/20130702145049/la-desproteccion-laboral-y-la-salud-de-los-trabajadores-un-tema-no-resuelto/>
- Urriola, R. (2006). Chile: protección social de la salud. *Panama Salud Publica*, 20(4).
- _____ (2011). Medir Desigualdades e Inequidades para mejorar las Políticas de Salud. *Cuadernos Médicos Sociales*, 50(3), 129-142.
- Vergara, R. (2012). *Caso de Estudio: Supermercados en Chile*. Pontificie Universidad Católica de Valparaíso, Santiago.
- Vives, A., & Jaramillo, H. (2010). Salud laboral en Chile. *Arch Prev Riesgos Laborales*, 150-156.
- Viviani, C. (12 de 2012). *HSEC*. Los riesgos asociados al trabajo en Retail. Recuperado el 30 de 06 de 2014, de <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=65&edi=3&xit=los-riesgos-asociados-al-trabajo-en-el-retail>

- Vogel, L. (1995). La evaluación de los riesgos en los centros de trabajo y la participación de los trabajadores. *Cuadernos de relaciones laborales*(7), 13-44.
- _____ (2004). *Salud laboral: ocho áreas de acción prioritarias para la política europea*. ISTAS.
- _____ (2012). La organización del trabajo: un ámbito decisivo en la lucha contra los sufrimientos psicológicos. *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales*.
- _____ (2014). Un espejo deformante: apuntes históricos sobre la construcción jurídica de las enfermedades profesionales en Bélgica. *Laboreal*, 10(2), 10-26.
- Vöhringer, P. (09 de Mayo de 2016). La salud mental es el área de la medicina que produce mayor pérdida de productividad para el país. (F. Siebert, Entrevistador) Recuperado el 12 de Julio de 2016, de <http://www.uchile.cl/noticias/121352/la-salud-mental-es-el-area-que-produce-mayor-perdida-de-productividad>
- Wittke, T. (2005). La empresa: nuevos modos de subjetivación en la organización del trabajo. En L. Schverstein, & L. Leopold, *Trabajo y Subjetividad: entre lo existente y lo necesario* (págs. 147-155). Buenos Aires: Paidós.
- Wlosko, M. (2014). Malestar y sufrimiento en el trabajo: el frágil equilibrio. En A. Stecher, & L. Godoy, *Transformaciones del Trabajo, Subjetividad e Identidades* (págs. 342-369). Santiago: RIL editores.
- Yanes, L. (2003). El trabajo como determinante de la salud. *Salud de los Trabajadores*, 11(1), 21-24.
- Yopo, M. (2013). Individualización en Chile: Individuo y sociedad en las transformaciones culturales recientes. *Psicoperspectivas*, 12(2), 4-15.
- Zoller, H. M. (2003). Health on the Line: Identity and Disciplinary Control in Employee Occupational Health and Safety Discourse. *Journal of Applied Communication*, 38(2), 118-139.

ANEXOS

Anexo N° 1. Procesamiento de datos encuesta CASEN 2015.

PROCESAMIENTO DE DATOS SPSS.20 TESIS MANUELA ABARCA F

ENCUESTA CASEN 2015

***Nota: Encuesta CASEN disponible para descarga en:
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php
***_

El expansor utilizado para la base de datos (nivel regional) es "expr"

Procesamiento de datos

Use 'E:_DATA\CASEN\casen2015'

*****-----TABLA CARACTERIZACIÓN ASALARIADOS-----*****

1) Construcción asalariados sector privado por sexo

```
RECODE o15 (5=1) (1 thru 4=SYSMIS) (6 thru 9=SYSMIS) INTO SECPRIV.  
VARIABLE LABELS SECPRIV 'SP'.  
EXECUTE.
```

*2) Calcular comercio por mayor y por menor *

```
RECODE rama4 ('5122'=1) ('5131'=1) ('5139'=1) ('5141'=1) ('5142'=1) ('5143'=1) ('5149'=1) ('5150'=1)  
( '5190'=1) ('5211'=1) ('5219'=1) ('5220'=2) ('5231'=1) ('5232'=1) ('5233'=1) ('5234'=1)  
( '5239'=1) ('5240'=1) ('5251'=1) ('5252'=1) ('5259'=1) ('5260'=1) (ELSE=SYSMIS) INTO COMERCIO.  
VARIABLE LABELS RETAIL 'RAMACOMERCIO'.  
EXECUTE.
```

```
FREQUENCIES COMERCIO.  
CROSSTABS COMERCIO BY sexo
```

* 3) Construcción Variable 'Retail'*

```
RECODE rama4 ('5211'=1) ('5219'=1) ('5220'=2) ('5231'=1) ('5232'=1) ('5233'=1) ('5234'=1)  
( '5239'=1) ('5240'=1) ('5251'=1) ('5252'=1) ('5259'=1) ('5260'=1) (ELSE=SYSMIS) INTO RETAIL.  
VARIABLE LABELS RETAIL 'RAMARETAIL'.  
EXECUTE.
```

4) Construcción sector supermercados

```
RECODE rama4 ('5211'=1) (ELSE=SYSMIS) INTO SUPERMERCADO.  
VARIABLE LABELS RETAIL 'RAMASUPER'.  
EXECUTE.
```

-***Nota: cada nueva variable construida fue procesada desde la variable SECPRIV***-

```
*****-----TABLA CARACTERIZACIÓN SUPERMERCADO-----*****  
-----***I. CARACTERIZACIÓN GENERAL***-----
```

*** Construcción Filtro Supermercado Sector Privado***

```
USE ALL.  
COMPUTE filter_$=(SUPERMERCADO + SECPRIV).  
VARIABLE LABELS filter_$ 'SUPERMERCADO + (O15=5) (FILTER)'.  
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.  
FORMATS filter_$ (f1.0).  
FILTER BY filter_$.  
EXECUTE.
```

-***Nota: la aplicación del filtro permite que todos los datos a continuación pertenezcan a los trabajadores asalariados privados del sector supermercados***-

1) Caracterización por edad

```
RECODE edad (15 thru 19=1) (20 thru 24=2) (25 thru 29=3) (30 thru 34=4) (35 thru 44=5) (46 thru  
65=6) (66 thru 99=7) (ELSE=SYSMIS) INTO edadsuper.  
VARIABLE LABELS edadsuper 'edadsuper'.  
EXECUTE.
```

```
VALUE LABELS  
/edadsuper  
1 '15 a 19'  
2 '20 a 24'  
3 '25 a 29'  
4 '30 a 34'  
5 '35 a 44'  
6 '45 a 65'  
7 '66 y más'.
```

```
FREQUENCIES edadsuper.  
CROSSTABS edadsuper BY sexo.
```

2) Caracterización por Sexo

```
CROSSTABS SUPERMERCADO BY SEXO.
```

3) Caracterización por Nivel educacional

```
RECODE educ (0=1) (1 THRU 2=2) (3 THRU 4=3) (5 thru 6=4) (7=5) (8=6) (9=7) (11=8) (10=9) (12=9)  
(99=10)  
(ELSE=SYSMIS) INTO niveleduc.
```

VARIABLE LABELS niveleduc 'NE'.
EXECUTE.

VALUE LABELS

/niveleduc
1 'Sin educación'
2 'Educación Básica'
3 'Educación Secundaria Incompleta'
4 'Educación Secundaria'
5 'Educación Superior Técnica Incompleta'
6 'Educación Superior Técnica'
7 'Educación Profesional Incompleta'
8 'Educación Profesional '
9 'Postgrado'
10 'Nivel Ignorado'.

CROSSTABS niveleduc BY sexo.

4) Caracterización por Tipo de contrato

CROSSTABS o16 BY sexo.

5) Caracterización por Externalizacion

CROSSTABS o20 BY sexo.

6) Caracterización por Tipo de Jornada

CROSSTABS o18 BY sexo.

7) Caracterización por Horas de trabajo semanales

RECODE o10 (1 THRU 20=1) (21 thru 30=2) (31 thru 44=3) (45=4) (46 thru 60=5) (61 thru 800=6) (999=7)
(ELSE=SYSMIS) INTO horas.

VARIABLE LABELS horas 'HS'.
EXECUTE.

VALUE LABELS

/horas
1 '1 a 20 horas semanales'
2 '21 a 30 horas semanales'
3 '31 a 44 horas semanales'
4 '45 horas semanales'
5 '46 a 60 horas semanales'
6 'Más de 60 horas semanales'
7 'No sabe'.

CROSSTABS horas BY sexo.

8) Caracterización por Ingresos Ocupación Principal

CROSSTABS yoprco BY sexo.

9) Caracterización por pertenencia a Sindicato

CROSSTABS o24a BY sexo.

10) Caracterización por Capacitaciones de más de 8 horas

CROSSTABS o30 BY sexo.

-----***II. CARACTERIZACIÓN SALUD LABORAL***-----

1) Caracterización por Sistema previsional

CROSSTABS s12 BY sexo.

3) Caracterización por Problemas de salud

CROSSTABS s15 BY sexo.

*** Construcción Filtro Accidentes y Enfermedades laborales***

RECODE s15 (1=1) (2=0) (3=1) (4=0) (5=0) (9=0) INTO laborales.
VARIABLE LABELS laborales 'lab'.
EXECUTE.

RECODE laborales (1=1) (0=SYSMIS) INTO laborales.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(SUPERMERCADO + SECPRIV + LABORALES).
VARIABLE LABELS filter_\$ 'SUPERMERCADO + (O15=5) (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_\$ (f1.0).
FILTER BY filter_\$.
EXECUTE.

-***Nota: la aplicación del filtro permite que todos los datos a continuación correspondan únicamente a enfermedades y/o accidentes de origen laboral para trabajadores de supermercados asalariados del sector privado***-

4) Tenencia de atención en caso de problema de salud salud laboral

CROSSTABS s16 BY sexo.

5) Problemas para pagar la atención del problema de salud laboral

CROSSTABS s18d s18e BY sexo.

6) Tipo de establecimiento y tipo de pago en la atención de su problema de salud laboral

CROSSTABS s19b s19c s20b s20c s21b s21c s22b s22c s27c s27d BY sexo.

