

Trabajadorxs del subte:

¿Por qué es significativo incluir una perspectiva de Medicina Social o colectiva?



Por Guagliarello, Antonela y Quiroga Santiago

Tema

Dimensión Psicosocial y Medicina Social

Cátedra de Medicina Social

Profesoras

Carina Scharagrodsky y Lafit Jimena

Resumen

Este trabajo está basado en una experiencia de prácticas de formación profesional realizada en ciclo lectivo 2016, en la secretaría de salud laboral que forma parte del sindicato de asociación gremial de trabajadores del subte y premetro. (AGTSYP).

El objetivo será analizar las modalidades de la construcción del proceso de salud-enfermedad-atención en los trabajadorxs respecto a sus condiciones de trabajo desde una perspectiva de salud colectiva. Para el estudio se realizara a la luz de los aportes de la cátedra Medicina social. La metodología será el registro de relatos y experiencias recuperados en las entrevistas de modalidad semi- dirigida realizadas a referentes de la Secretaría de Salud Laboral. Así como también charlas informales con lxtrabajadorxs del Subte. De este registro recuperamos diversos padecimientos subjetivos de la dimensión psicosocial<sup>1</sup> del trabajo. Tales como: problemas en cuerdas vocales, estrés postraumático, consumo de medicamentos, adicciones, miedo a la pérdida del trabajo, violencia de género, parálisis facial, realización de tareas riesgosas etc. Estos padecimientos y malestares pueden ser pensados como consecuencia de la dimensión psicosocial en el proceso de trabajo pero los mismos son poco tenidos en cuenta en lxtrabajadorxs. Es decir, se encuentran naturalizados y poco problematizados en el cotidiano laboral.

Apostamos a problematizar la dimensión psico-social incluyendo los principios de la Salud colectiva porque la misma plantea a la salud desde lo social criticando el modelo hegemónico de salud. Entendemos que la perspectiva de la Medicina Social puede ser un aporte para pensar la salud y las condiciones de trabajo desde una mirada integral y critica.

*Palabras clave: Dimensión psico-social- Condiciones laborales- Medicina social-procesos salud-atención-enfermedad.*

*Interrogantes:*

¿Por qué la dimensión Psicosocial y la relación con Salud Colectiva? ¿Cómo incluimos la dimensión psicosocial desde el lente de la salud colectiva?

¿Por qué circunscribir la medicina social en el análisis de las condiciones laborales? ¿Es posible que un medicamento no cure todo?

¿Cómo son los padecimientos que afectan el cotidiano de los trabajadorxs? ¿Porque los mismos no son tenidos en cuenta? ¿Cuáles son las potencialidades de la salud colectiva en las condiciones laborales de los trabajadorxs?

---

1 Según Neffa Julio Cesar "El termino <<psicosocial>> se emplea hoy, de forma general, para referirse a la interacción entre varios factores que provocan perturbaciones en los mecanismos psíquicos y mentales: los factores de riesgo psicosociales en relación con la condición de empleo, la organización de la empresa y su entorno social, las relaciones sociales y laborales con los compañeros de trabajo, los subordinados, la jerarquía" (2015: 104)

*Introducción*

## *¿Por qué la dimensión Psicosocial y la relación con Salud Colectiva?*

En el siguiente trabajo analizaremos las modalidades de la construcción del proceso de salud-enfermedad-atención respecto a las condiciones de trabajo. El estudio se realizara a la luz de los aportes de la cátedra de medicina social, aclaramos que el análisis también posee una orientación social propia de nuestra formación como trabajadores sociales. Dicho dato no lo creemos menor ya que pondremos énfasis en la necesidad de incluir un abordaje social a las condiciones laborales de los trabajadorxs. Lo llevaremos a cabo por medio de relatos y experiencias recuperados en las entrevistas de modalidad semi-dirigida realizadas a referentes de la Secretaría de Salud Laboral charlas informales con Ixtrabajadorxs del Subte. Desde las entrevistas en la secretaria de salud laboral se pudo recuperar como un malestar<sup>2</sup> el poco cuestionamiento sobre los efectos que la dimensión psicosocial tiene en la salud de los trabajadorxs. Dicho incomodidad se comenzó a problematizar por uno de los integrantes de este trabajo conjuntamente con la secretaria de salud. Allí se problematizo la demanda de incluir dimensiones no tenidas en cuenta o naturalizadas por los trabajadorxs y situarlos como un problema de salud colectiva. Así, se planteó como una de las posibles propuestas de intervención comenzar a instalar la dimensión psicosocial como tema de debate en el ámbito del subte para la mejora de la salud.

Nos pareció clave incluir la salud de los trabajadores en términos de salud integral poniendo en cuestión aquellas posturas que, frente a un accidente o enfermedad laboral, tienden a pensar que es el trabajador culpable de no conseguir el ritmo de trabajo deseado. Desde nuestra perspectiva, hay que tener en cuenta aquellos aspectos organizacionales que ponen en riesgo a los trabajadores. Esta lectura la proporciona la Medicina Social como perspectiva permite comprender que la salud no está dada en la enfermedad en sí misma, sino que es producto de condiciones histórico-sociales. Una última aclaración tiene que ver con nuestra postura frente a la categoría de “dimensión psicosocial” ya que entendemos con Arellano (2013) que “la salud/enfermedad y otros procesos humanos (...) son multidimensionales y complejos dado que sus

---

2Los malestares en general son “(...) identificaciones de problemas que no han sido analizados [problematizados, deconstruidos, reelaborados] por los actores que los padecen o por los que intervienen en ellos directa o indirectamente (...)Transformar un malestar en un problema es parte del ejercicio que realiza el trabajador social.”(Bonicatto, 2010: p44)

manifestaciones individuales y colectivas implican dimensiones psicobiológicas y culturales (...) esta complejidad interpela las visiones biomédicas y epidemiológicas convencionales (...) permiten desvelar las relaciones, contradicciones y tensiones que se establecen entre lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural en distintos momentos y contextos” (p.145). Esto significa que comprendemos la complejidad del proceso de salud/enfermedad<sup>3</sup> y también sabemos que la “dimensión psicosocial” puede ser interpretado como un intento de incorporar lo social. Pensándolo como un listado preconcebido de condiciones, como “factores sociales” de aplicación general como listado de datos empíricos, estadísticos o indicadores observables escindidos de las relaciones de determinación que la dan orden y sentido. No queremos caer en una perspectiva reduccionista basada solo en “factores psicosociales” (ya que la Medicina Social plantea una construcción más amplia de contenido teórico y político). Pero, para este trabajo en particular, pensamos un recorte en términos de “dimensión psicosocial” (dejando de lado otras dimensiones) por la relevancia del tema entendido como un problema de salud colectiva.

*¿Por qué incluir la medicina social en el análisis de las condiciones laborales?*



La perspectiva de la medicina social se contrapone a la perspectiva tradicional de la medicina, que tiene que ver con el modelo médico hegemónico, el cual piensa los problemas de salud como individuales basándose en explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad sin comprender que hay procesos sociales complejos. Además, “la corriente de la medicina social reconoce como procesos determinantes [de la salud] las formas y relaciones de producción, comercialización y consumo (...) estas relaciones configuran ejes de explotación, subordinación y exclusión [que hay que dar cuenta en el espacio de

---

<sup>3</sup> Salud/enfermedad para Arellano son “procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica” (2013 p.145).

discusión de trabajo]” (Arellano, 2013 p.145). Así, podemos extender la perspectiva de la medicina social para dar cuenta de la complejidad de la relación "trabajo-salud" y que el mejoramiento de la salud colectiva no se restringe a la corrección de problemas puntuales, sino que significa garantizar condiciones favorables para el desarrollo de

---

potencialidades y capacidades biológicas y psíquicas de las colectividades humanas. De esta manera, la medicina social “se pregunta cómo el trabajo deteriora la salud bajo determinadas condiciones históricas y cómo se puede revertir este deterioro. Es decir, es una pregunta distinta y más compleja que la de la medicina dominante, ya que interroga sobre cómo el trabajo desgasta al grupo de trabajadores o al trabajador colectivo y cómo habría que cambiar el proceso de trabajo para impedirlo.”(Laurell: 2000 p.14). Por otra parte, la perspectiva tradicional de la medicina está relacionada con los orígenes de la Salud Pública donde se planteaba al Estado como complementario de la iniciativa privada. Fue criticada por la Medicina Social por su proyección elitista, idealista y mecanicista así como su vocación conservadora. También fue criticada la Medicina Preventiva que según Granda (2004) “intentaba transformar las representaciones sobre las practicas medicas sin intentar ser, con todo, un movimiento político que realmente transformase estas prácticas (...) parece como una práctica ideológica ligada a los grupos hegemónicos de la sociedad civil y existiendo como una norma que instaura, por sus propias contradicciones, en el terreno de la articulación de la medicina con lo económico” (p.2).

Así, desde este discurso hegemónico, los efectos y condiciones sociales donde trabajan los sujetos no son considerados o (como suele ocurrir a la hora del reclamo por parte de la secretaria de salud) muchos padecimientos son considerados (equivocadamente, por parte de la empresa) enfermedades comunes “de la propia vida cotidiana” e individuales y sin relación con el trabajo. La empresa (a través del servicio médico) produce explicaciones simplistas, empiristas, cuantificables, observables de los procesos de salud-atención-enfermedad favoreciendo sus intereses bajo un diagnostico manipulable. Aquí los trabajadores aparecen como los culpables de sus enfermedades y las consideran como consecuencia de un “Error humano” o un “acto inseguro”, ese es siempre el primer y fácil diagnóstico. Y la mayoría de los propios trabajadores tienden también a asumirlo de esa manera o no realizan las suficientes medidas para lograr el restablecimiento de su salud.

Otra modalidad de solucionar dicha cuestión, consiste en pagarle al trabajador por riesgos a los cuales debe someterse. Se lo compensa monetariamente y por anticipado por el daño que va a sufrir su salud. Esta modalidad busca que lo soporten voluntariamente; se trata de evitar y prevenir pagando fuertes sumas bajo este ocultamiento de la verdadera causa. De esta manera logran evitar la indemnización<sup>4</sup> de los trabajadores, ya que garantizar condiciones saludables de trabajo implica al empleador incrementar sus costos. Por su parte, la acción de la ART<sup>5</sup> es cada vez menor y actúa casi exclusivamente sobre los accidentes, y en muy poca medida sobre la prevención. Además permanentemente les generan a los trabajadores distintos obstáculos para desalentar la atención y la continuidad de los tratamientos. Muchos trabajadores terminan asistiéndose por la obra social, el sistema de salud pública o cargando con todos los costos. Las ART's funcionan como cualquier otra empresa, las prestaciones son para ellas costos y cuanto más gastan obtienen menos ganancias. En este sentido podemos pensar que todo lo que no haga la empresa en materia de salud laboral, lo termina "poniendo" de una forma u otra el trabajador con su salud (desgaste físico, pérdida de los sentidos, deterioro de su estado anímico, enfermedades del trabajo) o incluso en accidentes con su vida. Pero, como dijimos, el discurso de individualización de los problemas (proveniente del modelo médico hegemónico) también es apropiado por los trabajadores. Entonces los problemas de salud que aparecían como si se tratara de problemas personales se los atribuyen a alguna debilidad personal: sienten culpa y su sufrimiento individual es asociado a: "no puedo hacer esto", "soy incapaz", "soy muy débil"<sup>5</sup>.

También puede darse que se priorice lo salarial como el único tema relevante que hace a los trabajadorxs. Se dice que "con tener trabajo alcanza y que "esto es suficiente"<sup>6</sup>, pero nosotros entendemos que hay que dar cuenta que sin salud no se puede trabajar. Por todo lo dicho, la medicina social constituye una perspectiva intenta darle un giro radical a este discurso simplista poniendo en juego el carácter social de la enfermedad e intenta estudiar las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial logrando su organicidad en la contradicción de las clases sociales y asumiendo una posición política para dar una respuesta a dicha cuestión dejando de lado aquellas perspectivas tradicionales y poniendo la salud como plano de discusión las relaciones sociales políticas y económicas.

Según Iriart (2002) "El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción

económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial A condiciones favorables o protectoras (...) estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad” (P.15, 27, 28). Para nosotros tener esta perspectiva teórica significa tener una mirada integral apostando a establecer espacios colectivos de reunión, asambleas, talleres etc. Así también, construir instrumentos para el análisis de las condiciones laborales desde encuestas, cuestionarios relevamientos, estadísticas, epidemiología laboral que permita mayor participación a los trabajadorxs. Otro modo distinto de incorporar la experiencia-subjetividad como elemento central en la exploración de la relación trabajo-salud es con técnicas antropológicas como la historia de vida y los testimonios Todos los instrumentos y herramientas pueden realizarse desde la perspectiva de la medicina social.

### *La dimensión psico-social y los trabajadores del subte*



Podemos decir que desde algunos trabajadorxs se concibe por salud a la ausencia de enfermedad y que los riesgos laborales solamente están asociados a aquellos que pueden ser causa de accidentes (la probabilidad de que ocurra algo no deseado). Estas afirmaciones son datos relevados por la secretaria de salud. Nos parece importante no sólo considerar lo que se refiere a los aspectos físicos como son las condiciones de infraestructura y del medio ambiente de trabajo (iluminación, ruido, temperatura, etc.) sino que también es fundamental incluir los aspectos psíquicos emocionales y la forma en que nos afecta el trabajo en nuestra vida cotidiana extra laboral. A modo de ejemplo, si pensamos en un caso extremo, podemos encontrar con que hay situaciones en que se

---

4 La indemnización es otra crítica que hacemos ya que frente a un daño a la salud se indemniza y, hay que pasar de la reparación del daño a la salud a la prevención y luego de la prevención a la promoción de la salud.

5 Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) son empresas privadas contratadas por los empleadores para asesorarlos en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

6 Ejemplos de relatos de trabajadores.

dan buenas condiciones de trabajo físicas. En cuanto a los aspectos ergonómicos (es decir los trabajadores tienen todo lo que les hace falta para trabajar cómodamente en cuanto a las posturas y sin perjuicios para sus sentidos) pero el trabajador vuelve a su casa, y no se siente bien, quiere aislarse y no le interesa 'saber de nada ni de nadie'. Por lo que tenemos que analizar qué está ocurriendo, qué es lo que pasa, en el trabajo que repercute de esta forma en la vida cotidiana.”<sup>7</sup>

Esta cita es recuperada de un taller de higiene y seguridad, indica que desde otras áreas del subte se planteó la dimensión psicosocial como problema. El término «psicosocial» se emplea hoy, de forma general, para referirse a la interacción entre varios factores que provocan perturbaciones en los mecanismos psíquicos y mentales: los factores de riesgo psicosociales en relación con la condición de empleo, la organización de la empresa y su entorno social, las relaciones sociales y laborales con los compañeros de trabajo, los subordinados y la jerarquía, así como con otras instancias: 1) con la empresa u organización pero sin prestar servicios en el lugar de trabajo, 2) los clientes o usuarios del servicio, y 3) personas ajenas a la empresa u organización pero que actúan sobre ellas (familiares, amigos, o personas desconocidas como pueden ser los delincuentes, por ejemplo). Esta definición integra los diferentes elementos que podrían ser tomados en cuenta por los trabajadores y sirve de punto de partida para que puedan construir mediaciones desde la comprensión del proceso de salud-enfermedad en sociedades y momentos específicos.

Como resultante de configuraciones de clase y calidades de vida, de arreglos y estrategias familiares. En este trabajo pensamos esta mediación como la relación entre los malestares/padecimientos y las condiciones de vida en esta sociedad particular y específicamente en el cotidiano laboral de los trabajadorxs del subte. El concepto de riesgos psicosociales en el trabajo se alude a riesgos para la salud mental, física y social que son ocasionados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales como la intensidad en el trabajo por el tiempo, exigencias emocionales susceptibles y que pueden provocar algún padecimiento mental.

---

7 Vocos, Federico Taller: las condiciones de higiene y seguridad, la prevención de los riesgos de trabajo / Federico Vocos y Hernán Rubio. - 1a ed. - Buenos Aires: Desde el Subte: Taller de Estudios Laborales. Comisión Formación y Cultura de Subterráneos, 2007.



Pudimos inferir por ejemplo que hay trabajadores que tienen contacto con usuarios (boletería, guarda, tránsito) y son la cara visible de la empresa. Por lo que, si hay defectos en la maquinaria o problemas de sobrecarga de personas, por ejemplo, los usuarios transmiten su malestar frente a los trabajadores que en numerosas ocasiones es de forma agresiva. Como reflejo de estas tensiones con los usuarios, desde la secretaría nos informan que ha habido casos de stress, gastritis, depresión, ataques de pánico etc. Un aspecto que se mencionó, es también los efectos negativos que genera en el estado anímico, el hecho de trabajar bajo tierra sin luz natural, producen el desánimo, decaimiento, y melancolía. En este sentido, los trabajadores destacaron cómo se vieron organizados para exigir una jornada de trabajo a 6 horas<sup>8</sup>. Por lo cual, esto podría ser una experiencia de ejemplo para el colectivo trabajador.

Como ya se mencionó anteriormente, a veces las relaciones con los supervisores son conflictivas ya que por ejemplo, envían a realizar tareas riesgosas o perjudiciales a su salud a los trabajadores a cambio de favores o aumentos y ejercen presiones sobre aquellos que no quieren realizar las tareas prescriptas. Los trabajadores reciben constantes presiones por parte de los supervisores pero al parecer las mayores presiones recaen sobre las mujeres y los jóvenes nuevos.

También hay casos de estrés postraumático, ya que cuando hay suicidios en el subte y los conductores pisan a alguien eso no se traduce en una licencia o paro de actividad. Los trabajadores están obligados a continuar con las tareas diarias sin problematizar lo sucedido. Estos ejemplos son rescatados por la secretaría laboral ya que los trabajadores no mencionan dichas situaciones, es decir que no se habla del tema y a largo plazo producen padecimiento. Otro ejemplo es cuando mandan a un laborante a hacer algo rápido y le pasa algo por arriba del subte en las calles, esto no contaría como accidente laboral porque es por fuera del lugar de trabajo.

Según el testimonio de Pinelli<sup>9</sup> secretario General de la AGTSyP: “Mientras iba en una camioneta que lo trasladaba hacia un trabajo, un operario fue despedido del vehículo tras un choque y falleció. Los trabajadores, cuando deben ir de un lugar a otro de noche, viajan por afuera de los túneles porque los trenes no funcionan en ese horario. Las muertes de compañeros le pesan a uno según el (habla de sufrimiento mental)”. Visualizamos con los testimonios el constante riesgo laboral y esto afecta la salud mental, y de ello hay innumerables ejemplos de los riesgos a los cuales los trabajadores se encuentran día a día expuestos.

*El medicamento cura pero... ¿es posible que no cure todo*



Otra dimensión que es utilizada en el cotidiano de los trabajadorxs es el uso continuo de medicamentos. Recuperando los padecimientos subjetivos que atraviesan la vida son tales como problemas en cuerdas vocales, estrés postraumático, adicciones, miedo a la pérdida del trabajo, parálisis facial, dolores de cabeza o partes del cuerpo, malestares psicológicos, realización de tareas riesgosas. La utilización del medicamento supone la cura o previene una enfermedad. Pero poco se discute sobre su constante utilización y qué consecuencias puede acarrear el uso excesivo y poco probado de medicamentos.

La industria farmacéutica conjuntamente con el modelo hegemónico se ha encargado de instalar en las relaciones sociales la dependencia de medicamentos para cualquier tipo de malestar. Incluso para evitar una posible presencia de enfermedad en el cuerpo. Se introdujeron prácticas legitimadoras que marcan las “positividades” del uso de medicación. Si bien reconocemos que en casos la medicina ha mejorado la salud no hay que desconocer que estamos en presencia de un problema de mercado donde el medicamento reproduce, crea y sustenta un mercado de enfermedades. Distribuye por medio de la publicidad y en las industrias farmacéuticas la implementación de medicamentos en la vida cotidiana. Relaciona en sí mismo, la posibilidad de reducir malestares, de ganar tiempo y de suprimirle el derecho a cada sujeto de elegir un remedio para prevenir, curar o mejorar su salud. Poco se sabe de los remedios como aquellos no estructurales que garantizan condiciones de salud. Tales el acceso a condiciones de vida dignas, la implementación de vivir saludablemente, hacer ejercicio, beber agua potable, comer, descansar, vivir en un ambiente libre de contaminación, poder sentirse enfermo, etc. Desde los aportes de Barri(2004) entendemos que los medicamentos son producto de un conocimiento social acumulado instaurado en el acceso mundial.

---

8 En el 2002 después de varias reuniones de negociación la Legislatura porteña aprobó la reducción de la jornada por condiciones de insalubridad. La jornada se redujo a 6 horas solo para los empleados de la red de Subterráneos de Buenos Aires.

9 En el 2015 la Asociación Gremial de Trabajadores del Subterráneo y Premetro, realizaron la elección de la Comisión Directiva con una importante participación, en la que resultó ganadora por amplio margen la actual conducción gremial que encabeza Roberto Pianelli.

El remedio en términos del autor es aquel pensado como estrategia que ayuda a resolver a un individuo o colectivo un problema, remediar un situación marcada por condiciones histórico-sociales de determinantes de la salud o enfermedad. Problemas en cuerdas vocales, estrés postraumático, medicalización, adicciones, miedo a la pérdida del trabajo, violencia de género, parálisis facial. Reclamar por una apertura de cobertura y licencia por el padecimiento psico-social y no solo físico o producto de un accidente. Dicha dimensión no solo es poco considerada y naturalizada por el conjunto de trabajadorxs sino que además la empresa también pretende reducir costos no tomando consideración de la misma. Lógicamente se juegan intereses económicos en el proceso de salud y coberturas a los trabajadores. La posibilidad de sacar una licencia está determinada por el nivel de riesgo producido en el proceso de trabajo. A su vez, muchos trabajadorxs no se animan a hacer visible su padecimiento subjetivo por miedo, por estar naturalizado, por no problematizarlo, etc. Desde el trabajo de recuperación de relatos y los aportes realizados por la secretaria de salud. Damos cuenta que no es un problema individual afecta a un grupo considerable de sujetos colectivos. Es necesario que dicha mirada sea colectiva ya que los cambios pueden ser significativos para los trabajadorxs.

*Si el servicio se brinda ¿Es un problema de los sujetxs no acceder*



La accesibilidad no es algo dado es un término complejo depende de múltiples aspectos relacionables entre sí. Permite entender que la accesibilidad está dada por múltiples causas, reconocer señala Comes que se juega un entreteje de saberes y prácticas de las personas que se dirigen o efectúan en los servicios de salud.

Apostar a una construcción de identidad colectiva permite no solo romper con lógicas tradicionales de entender la salud sino de apostar a una salud como derecho y no como ganancia y costo. Es por ello, que incluimos la categoría de accesibilidad porque incorpora la relación entre los servicios y la población. Pensar la accesibilidad “como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios en salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población como estrategia

para mejorar el acceso". (Comes; 2006: 202). Consideramos que la accesibilidad no es un capricho por incluirla al análisis porque sitúa como el proceso no solo depende de la garantía de los servicios, sino de la promoción y acceso a los sujetos a participar. A visualizar que no es un proceso lineal sino complejo entendiendo por salud como construcción que varía en cada sujeto. Con ello no podemos caer en la simpleza de culpabilizar a las personas de no asistir a los servicios. En la reproducción de la vida cotidiana se cuelean múltiples dinámicas que se ponen en juego en el proceso de salud-enfermedad-atención.

*Medicina social y condiciones laborales: Potencialidades de la perspectiva*



En concordancia con nuestro análisis la medicina social, busca ampliar el debate público y reorientar iniciativas en las organizaciones, en los trabajadores, en el conjunto de relaciones sociales. Encontramos en la medicina social una perspectiva de utilidad a la hora de pensar los distintos problemas de salud ya que los define y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Por esto, al construir sus estudios no le interesa aislar los "factores de riesgo" ni reducir la búsqueda del daño a una enfermedad específica sino que intenta comprender la relación "trabajo-salud" en su integralidad y complejidad. Coincidimos en este punto en particular ya que apostamos a incluir la dimensión psico-social en el cotidiano de los trabajadorxs. Dando lugar a que los mismos puedan garantizar y reclamar sus derechos. Partiendo de reconocer que lo psicosocial implica un riesgo en el cotidiano y que imposibilita la reproducción del trabajo, de su vida cotidiana y en relación a los otros.

## Conclusión: Desafíos para seguir trabajando



La conclusión la concebimos como un proceso en construcción y constante modificación frente a un contexto cambiante, respecto a lograr contradecir o modificar múltiples aspectos de las condiciones laborales de los trabajadorxs. Este trabajo se hizo bajo el lente del trabajo social porque como futuros profesionales tomamos como pertinente el abordaje social en las relaciones sociales. Dicho análisis es a la luz de los aportes de la cátedra de medicina social materia dada en la formación del trabajo social. Para nosotros el trabajo social aporta a intervenir en la problemática desde las particularidades de los hechos, con instituciones y con el entramado vincular de los sujetos.

A su vez, intentamos proponer otros abordajes de carácter social a una nueva mirada de la problemática y acciones a realizar desde la institución. Los Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo son un objeto de estudio complejo y multidimensional. Por lo cual, consideramos que su abordaje se favorece desde una perspectiva de salud colectiva. A modo de cierre consideramos que con dicho trabajo se pudo romper con algunas lógicas establecidas y predominantes en la construcción del proceso salud-enfermedad-atención. A su vez, lógicas instauradas en el proceso de trabajo, recuperando relatos, testimonios y formas de entender la salud-enfermedad desde la palabra de los propios sujetxs. A su vez, criticar y situarnos en el modelo médico hegemónico para visualizar cómo opera en los sujetxs, en las instituciones y en las relaciones sociales. La conclusión para nosotros implica/o un proceso para seguir pensando en términos de salud colectiva. Consideramos que el desafío está dado en continuar apostando por visiones y miradas que apuesten a lo colectivo y a la participación de los sujetxs.

## Bibliografía

- ✚ -Armus, Diego. (2011). "De la salud Pública a la salud colectiva". En: Voces en el Fenix. Año 2, Nº 7. En Estado Crítico. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas- UBA.  
www.vocesenelfenix.com
- ✚ -Barri, Horacio. (2004). "La problemática del medicamento". Ponencia del
- ✚ -BONICATTO María (2010) "La escena de lo social. El lugar donde se procesan los problemas" en Revista Escenarios Nº 15. La producción de conocimiento en trabajo Social y sus aportes a la intervención. Buenos Aires. Espacio Editorial
- ✚ -Bourdieu. (2015) "El oficio del sociologo". Propuestos epistemologicos. Siglo XXI.
- ✚ -Comes, Y. y col. (2006). "El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios". En: Anuario de Investigaciones Volumen XIV: 201-201. Facultad de Psicología. UBA Buenos Aires
- ✚ -Dejours, C. (1992): Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del
- ✚ -Escudero, JC (2011). "Sobre la salud colectiva." En: Voces en el Fenix. Año 2, Nº 7. En Estado Crítico. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Económicas- UBA.  
www.vocesenelfenix.com
- ✚ -Escudero, José C. (2005). ¿Qué decimos cuando decimos "salud colectiva"? En: Encrucijadas No. 23, mayo de 2005; Buenos Aires.
- ✚ -Granda, Edmundo. (2004). ALAMES. Veinte años. Balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina. IX Congreso de Medicina Social. La Salud como derecho a conquistar .Lima Peru.
- ✚ Iriart,Celia; Waitzkin, Horward; Breilh, Jaime; Estrada A.yMerhy, Emerson. (2002). "Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos" En: Revista Panamericana de Salud Pública. v.12(2):128-136
- ✚ López Arellano, Oliva (2013) Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. En: Divulgacaoemsaude para debate. Nº 49:150-156 Rio de Janeiro. Brasil
- ✚ 1er. Encuentro Latinoamericano de los Pueblos". Córdoba.
- ✚ -Neffa, Julio César. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: Contribución a su estudio: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEIL-CONICET - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ✚ -OMS (2007) "Derecho a la salud". Disponible en  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- ✚ -ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Sene PALTEX, Salud y Sociedad 2000. N93
- ✚ trabajo. Traducción: Ed. PRONATTE-SECYT, PIETTE-CONICET.
- ✚ transformación de la industria farmacéutica" En: Salud Colectiva Año 5 Nº 3: 305-322. Buenos Aires.
- ✚ -Ugalde, A. y Homedes, N. (2009). "Medicamentos para lucrar. La
- ✚ -Vocos, Federico Taller: las condiciones de higiene y seguridad, la prevención de los riesgos