Laboreal

Volume 6 Nº1 | 2010
Varia

Queja

Queixa

Plainte

Complaint

Anne-Françoise Molinié

Edición electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/laboreal/9437>

DOI: 10.4000/laboreal.9437

ISSN: 1646-5237

Editor

Universidade do Porto

Referencia electrónica

Anne-Françoise Molinié, « Queja », *Laboreal* [En línea], Volume 6 Nº1 | 2010, Publicado el 01 julio 2010, consultado el 15 septiembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/laboreal/9437>

Este documento fue generado automáticamente el 15 septiembre 2020.

Laboreal está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Queja

Queixa

Plainte

Complaint

Anne-Françoise Molinié

- 1 “Las quejas de las mujeres sorprenden a esos hombres, metalúrgicos provenientes de los sectores de la llamada industria ‘pesada’ y totalmente confundidos, porque el trabajo de estos nuevos sectores de producción (fábricas nuevas y limpias, posición sentado, ambientes físicos tolerables) parecía visto de lejos – y fue oficialmente calificado de – ‘ligero’ según los criterios tradicionales de evaluación del trabajo industrial, esencialmente físico y masculino” (Teiger, 2006, p. 82, traducción libre).
- 2 Así es, según lo recuerda Catherine Teiger, que se expresó el pedido que iniciaría una de las primeras investigaciones de terreno del Laboratorio de Ergonomía del CNAM. Expresión de una queja de las obreras, incompreensión de los hombres sindicalistas (porque ¿ellas de qué se pueden quejar ?) y pedido dirigido a los “peritos” para saber las razones de la queja (“nosotros queremos saber si todo eso es de verdad”)... Aquí encontramos algunas de las preguntas más recurrentes sobre las quejas : ¿Cuál es el estatuto de esta expresión subjetiva ?
- 3 ¿Las quejas son diferentes entre hombres y mujeres, y/o se hace de acuerdo a las situaciones en que se encuentran ? ¿Es necesario, para tomar en consideración una queja, comprobar su validez de acuerdo con criterios más “objetivos” ? ¿Qué se puede hacer con las quejas cuando se busca “comprender la salud para transformar el trabajo” ?
- 4 La definición de la palabra “queja” tiene dos facetas. La primera faceta es la de una “expresión vocal del dolor, de la queja (por palabras o gritos, gemidos de forma inarticulada)” ; la segunda faceta pone énfasis en “la expresión de descontento que se siente frente a cualquier cosa o persona”, y, jurídicamente, se relaciona con el término de “denuncia, ante la Justicia, de una infracción, hecha por la persona que afirma ser la víctima” (Robert, 1977).
- 5 ¿Cuál es el estatuto de la queja ?

- 6 Interrogarse sobre la queja significa, como consecuencia, interrogarse primero sobre los modos en que se manifiesta el dolor, y el estatuto que se les da. Este problema es, y fue, una cuestión antigua dentro de la práctica médica (Rey, 1993). Nicolás Dodier (1993), a propósito de la construcción de juicios en la medicina del trabajo, identifica el estatuto que se le da a la queja como revelador de una tensión entre dos posturas profesionales. En un primer momento (de acuerdo con la “evaluación de los derechos”) las quejas son señales de alerta, pero no tienen fuerza interna y se pueden revelar como engañosas. Es necesario tomar distancia para poder “ver”, inscribiéndose parcialmente en el enfoque caracterizado por la “mirada clínica”, analizada por Michel Foucault (1963), mirada que supone el silencio “absoluto, de cualquier lenguaje que sería anterior al visible”; entonces, solamente “las cosas vistas pueden por fin ser entendidas, y entendidas por el simple hecho de que son vistas” (Foucault, p. 108, traducción libre).
- 7 En esta perspectiva, lo que es objetivable, “visible”, sobresale en el juicio del médico, que tendrá que comprobar la validez de lo enunciado en las quejas, confrontándolas con criterios más “objetivos”, teniendo en cuenta primeramente el cuerpo (cuadro clínico, exámenes complementarios, etc.), pero también las características del ambiente de trabajo que podrían ser consideradas como “factores de riesgo” (a partir del análisis de los puestos de trabajo, de las medidas del ambiente, de las referencias a las normas, etc.). La posición del médico es la de, en primer lugar, un perito que ejerce su autoridad y que puede, a veces mejor que el propio asalariado, saber lo que es bueno para él. En otro registro, que Dodier califica de registro de “solicitud”, las quejas adquieren una legitimidad de principio debido a que pertenecen a un sujeto e inician el enfoque clínico. Este punto de vista se aproxima al de Canguilhem (1966) cuando recuerda en su tesis de medicina, defendida en 1943 (“Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique”), que la medicina nació del llamado del enfermo, de la atención atribuida a su sufrimiento y que, por esa razón, la preocupación por el sujeto que sufre debe permanecer en el centro de dicha atención (Canguilhem, 1966, p. 139). El papel del médico es el de acompañar al individuo que es el único capaz de juzgar, en última instancia, las exigencias de las relaciones con su medio. En la práctica de los médicos del trabajo estos dos momentos están probablemente más mezclados de lo descrito por Dodier, pero esta clasificación permite delimitar correctamente ciertas cuestiones que aparecen en torno al estatuto de las quejas y de sus consecuencias sobre la toma de posiciones en el campo de la salud en el trabajo.
- 8 Poder decirlo, saber decirlo...
- 9 Aunque los problemas y el contexto difieren, las tensiones que atraviesan los interrogantes encontrados en los enfoques cuantitativos en salud en el trabajo (a nivel nacional o empresarial) son las mismas. La implicación de los médicos del trabajo en las encuestas permite tener en cuenta sus opiniones y también integrarlos como intermediarios para acceder así a las evaluaciones de otras personas. ¿Es necesario privilegiar el criterio del médico, dar mas peso al inventario de patologías diagnosticadas, correspondientes con los cuadros clínicos ?
- 10 ¿Qué informaciones son recogidos entonces cuando nos fundamos sobre lo que las personas dicen sobre su salud ? ¿Cómo deben interpretarse las diferencias y las mejorías ?
- 11 El punto de vista de los médicos y el de los trabajadores aparece con frecuencia desfasado, tanto en sus percepciones del estado de salud, como en las relaciones que se

establecen entre la salud y las características del trabajo, como bien lo mostraron Carla Barros Duarte y Marianne Lacomblez (2006). También se pueden observar diferencias en la atención que se presta a ciertos problemas de salud en función de las representaciones de las diferencias de género. Así, las señales y la manifestación de problemas parecen ser percibidos con tanta atención por las mujeres en comparación con los hombres, sobre todo porque en el caso de las mujeres se subestiman los acontecimientos relacionados al área profesional, o se considera que el riesgo de infarto se da sobre todo en hombres. Esta subestimación sirvió para excluir a las mujeres de numerosos protocolos de prevención y de cuidados, influenciando, en contrapartida, los diagnósticos y las estrategias de los médicos en relación con esos problemas (Scarabin & Lang, 1996).

- 12 Trabajar siendo portador de patologías no es raro, incluso si muchas de ellas contribuyen a excluir del empleo. Mas frecuentemente, las personas están confrontadas con “pequeños” inconvenientes de salud del orden de lo infra-patológico, sin gravedad evidente, generalmente asociados a un avance “natural” de la edad: dolores de las articulaciones, trastornos del sueño, sensación de fatiga, insuficiencias ligeras, etc. La expresión de los problemas de salud por las propias personas es, entonces, un tema central en esta área, que no está demarcada por los enfoques diagnósticos y donde las formas de decir tienen una relación estrecha con las formas de vivir el dolor o la fatiga, o sea, en el sentido pleno del término, con lo que se vivencia.
- 13 De todas formas, las quejas son “dirigidas” y se puede pensar que el señalamiento de los problemas de salud hecho por los propios trabajadores depende mucho de las condiciones en que se hace. Hablar – o callar – acerca de un problema de salud frente al médico del trabajo, incluso en una encuesta, también es abrir – o procurar evitar – la posibilidad de que esta información tenga consecuencias en el transcurso de la vida laboral, efectos que pueden ser temidos o deseados (relacionados con dictámenes de aptitud, de pedidos de adaptación al puesto de trabajo, de reconocimiento de la existencia de una patología profesional, etc.). Esto también puede surgir del deseo de dar más visibilidad a problemas ignorados o imposibles de ser entendidos hasta el momento, por ejemplo, por la dirección de la empresa; en ese sentido, solicitar la “validación” del médico puede contribuir a lograrlo.
- 14 Pero todavía es necesario poder identificar la existencia de dolor, de fatiga... el tema de la negación de la percepción de riesgos profesionales, como estrategia defensiva inconsciente que permite continuar que se haga el trabajo desafiando al miedo, fue bien estudiada por la psicodinámica del trabajo (Dejours, réed, 2000), particularmente en sectores masculinos como la construcción. Más generalmente, percibidos como inherentes al ejercicio de la profesión, estos problemas son considerados “normales”, “fatalmente” relacionados con la actividad, con un esfuerzo consentido, y por lo tanto no vale la pena que sean declarados. El término de una situación de trabajo (debido, por ejemplo, a un cambio de empleo o a la jubilación) permite a veces recordar a posteriori ciertos riesgos profesionales y problemas de salud del pasado. Con el avance de la edad, el estatuto de la queja puede cambiar, incluso en el seno del modelo obrero masculino de “valorización de la fuerza y de la resistencia”, en el que la “virilidad social” desempeña un papel preponderante. Si la expresión de fatiga en los jóvenes pueden inducir a pensar que “no son valientes” o que son “enfermos profesionales”, entonces el dolor del que envejece, relacionado con una vida de trabajo, se vuelve “confesable” (Loriol, 2000, p. 100, traducción libre). Así, la edad también puede modificar la relación

subjetiva con la salud y, por tanto, la definición – y potencial declaración – de lo que es considerado como “normal” o “patológico” de acuerdo al envejecimiento. Pero se puede cuestionar si el lugar del placer en el trabajo, en el marco de una actividad profesional a la que la persona se compromete, no sería a veces un factor de disminución de la importancia o incluso de negación de riesgos y de daños de la salud, por ejemplo, cuando “el olor del aserrín” esconde la exposición al polvo de la madera del carpintero, o cuando la maestra del primer ciclo se compromete con su oficio hasta el agotamiento [1].

- 15 La toma de consciencia por el interesado de los riesgos profesionales y de las alteraciones de salud debido al trabajo y, por tanto, de su posible manifestación, va a depender igualmente de su visibilidad en el campo social. De esta forma, el desarrollo reciente del debate científico y social sobre las perturbaciones músculo-esqueléticas y sobre las perturbaciones relacionadas con los llamados riesgos psico-sociales, contribuye probablemente a la identificación de estos problemas, y al establecimiento de su relación con las situaciones laborales.
- 16 Las diferentes definiciones de salud también condicionan lo que se dice de ella. Cuando tener buena salud es “estar vivo”, entonces sólo se declaran en primera instancia las patologías severas o discapacitantes, los otros problemas de salud solo aparecen en entrevistas más extensas y en profundidad y no en las encuestas. Cuando tener buena salud significa “estar bien consigo mismo y con los otros”, “no estar mal” o “poder hacer lo que se quiera hacer”, los problemas de salud que se perciben no serán los mismos... y las quejas tampoco lo serán.

BIBLIOGRAFÍA

Barros Duarte, C. & Lacomblez, M. (2006). Santé au travail et discrétion des rapports sociaux. PISTES, 8, 2, octobre 2006. <http://www.pistes.uqam.ca/v8n2/articles/v8n2a2.htm>

Canguilhem, G. (1966). Le normal et le pathologique. 5ème édition, 1984. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige.

Robert, P. (1977). Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris : Société du nouveau Littré.

Dejours C. (2000). Travail, usure mentale. Montrouge : Editions Bayard. Dodier, N. (1993). L'expertise médicale. Essai sur l'exercice du jugement. Paris : Editions Métailié.

Foucault, M. (1963). Naissance de la clinique. Réédition 2007. Paris : Presses Universitaires de France, Quadrige.

Loriol, M. (2000). Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail. Paris : Editions Anthropos.

Rey, R. (1993). Histoire de la douleur. Réédition 2000. Paris : Éditions La Découverte / Poche, 84. Coll. Sciences humaines et sociales.

Scarabin, PY & Lang, T. (1996). Maladies cardiovasculaires. In M-J., Saurel Cubizolles & B. Blondel. La santé des femmes. Paris : Médecine Sciences Flammarion.

Teiger, C. (2006). Les femmes aussi ont un cerveau ! Le travail des femmes en ergonomie : réfl sur quelques paradoxes. Travailler, 15, 71-130.

NOTAS

1. Ejemplos extraídos de: Guiho-Bailly M.-P., Bertin C., Dubre J.-P., Lancien N., Machefer J. & Parent D. (2009). Rapport subjectif au travail: sens des trajets professionnels et construction de la santé. Document de travail, DREES, série Études et recherche, n°95

ÍNDICE

Temas: O Dicionário

AUTOR

ANNE-FRANÇOISE MOLINIÉ

CREAPT (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail) CEE (Centre d'Etudes de l'Emploi) Immeuble Le Descartes I. 29 promenade Michel Simon, 93166 Noisy le grand cedex.

France

anne.molinie@cee-recherche.fr