

Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?

PASCALE MOLINIER^a

Conferencia realizada el 29 de noviembre del 2014 en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires. La conferencia fue organizada por el Programa de Salud y Trabajo de la Universidad Nacional de Lanús y la Asociación de Profesionales del Hospital Gutiérrez.

“Nadie debería trabajar a tiempo completo en un solo lugar; uno debe verse trabajando desde un otro lugar”, dijo el psiquiatra Jacques Tosquellas hablando de los equipos hospitalarios.

Comparto este punto de vista, muy aplicable a mi situación. Mi pensamiento y trabajo están en la intersección de diferentes corpus teóricos: la psicodinámica del trabajo, la psicoterapia institucional y la ética del cuidado. Trabajo no solo en Francia, sino también en Colombia, a veces incluso más allá. Me refiero a distintos equipos en el campo de la psicología o en los estudios de género. Mi trabajo es multidisciplinario y transcultural.

Voy a hablar del “*care*” o del cuidado, sabiendo que este concepto es intraducible en francés (Molinier, Laugier, Paperman, 2009). El inglés tiene dos palabras: “*care*” que se refiere a la preocupación o la atención y “*cure*” que se refiere a la dimensión de sanación o

de la cura. En francés, hay una sola palabra: *soin*. Y esa palabra ya está muy cargada de contenido. Cuando hablamos de “*l'éthique du soin*”, es decir, de la “ética del cuidado”, hablamos de la ética médica en una línea cercana a la de Canguilhem (Le Blanc, 2007, Worms, 2006). No obstante, veremos que el cuidado en el sentido del “*care*” designa a otras actividades y a otros trabajadores/as diferentes a las o los médicos.

Usaré la palabra “cuidado” para decir “*care*” y “*cuidados*” para hablar de un conjunto de actos que combinan dimensiones del cuidado y de la sanación. Cualquier acción curativa debe ir acompañada de una atención a la persona.

Hablaré de las relaciones entre trabajo de cuidado y gestión a partir de una realidad muy específica: la de Francia. Espero que podamos compartir algunos aspectos de mi reflexión. El sistema de gestión hospitalaria tiene algo de específico en cada país, mientras que el neoliberalismo es el mismo telón de fondo en el mundo entero. Lo que caracteriza a Francia, desde hace por lo menos veinte años, es el uso de los métodos de gestión del mundo industrial y la exportación de los retos de la competencia económica en los sectores públicos donde el Estado es el empleador. Este es el caso de la gestión hospitalaria y también la de la gestión universitaria, y la de los colegios y servicios sociales. Así que, a pesar de que tenemos un servicio pú-

a. Profesora de psicología social. Departamento de Psicología de la Universidad de París. Directora del Laboratorio de Psicología de la UTRPP, y directora adjunta del GIS-CNRS Instituto de Género. Co-responsable del Master «Travail et consultations psychosociales». Miembro del grupo de prevención de riesgos psicosociales en la Universidad de París 13, Directora de la publicación Cahiers du genre.

blico que es uno de los más extendidos del mundo, no existe ningún segmento de la vida laboral francesa que esté por fuera del neoliberalismo y de sus reglas en términos de *management*.

La ética del cuidado nació en los Estados Unidos, en el ámbito de la psicología moral con la obra de Carol Gilligan y se desarrolló en el campo de los estudios de género (Gilligan, 1982). Permaneció confidencial por un tiempo largo, pero desde hace diez años tiene cierto éxito en Francia y en otros países. O sea, se hizo más visible en un período de la historia de los cuidados que se puede describir como una regresión de las preocupaciones en términos de atención (*care*) a favor de preocupaciones vinculadas con la “buena gestión”.

Es cierto que en un país donde la protección social es extendida como en Francia, la salud es cara para los contribuyentes y para el Estado. Por supuesto, es necesario gestionar adecuadamente el dinero de los impuestos. Pero podemos interrogar los criterios de gestión utilizados para evaluar el trabajo.

Estos criterios, en Francia, no toman en cuenta al trabajo real. Para decirlo en pocas palabras: no toman en cuenta la parte humana, de relación, del trabajo hospitalario. Sin embargo, esto es parte central de las expectativas de la gente –pacientes y sus familiares– en términos de cuidado. No es suficiente para la gente que sea bien tratada “técnicamente”. La gente también quiere estar informada, sentirse segura, que se ocupen de sus problemas, sus necesidades, sus preocupaciones. En una palabra: la gente necesita cuidado.

El éxito del cuidado se debe entonces a la amenaza de su falta o desaparición, a pesar de que las necesidades de cuidado son cada vez mayores. Especialmente debido a una esperanza de vida más larga y dado al trabajo asalariado de las mujeres, que fueron tradicionalmente las “proveedoras naturales” y mano de obra gratuita de cuidado. La sociedad está atravesada por una tensión entre la necesidad de atención o de cuidado y los requisitos de la gestión pública.

El mundo, como dice la filósofa Elizabeth Anscombe (1970), sólo aparece “bajo descripciones”. Una de las tareas de la psicología social, me parece, es analizar el conflicto entre la descripción del trabajo hospitalario a partir de la gestión y del *management*, de un

lado, y la descripción que somos capaces de producir a partir de la experiencia del trabajo de cuidado, del otro lado. No son las mismas descripciones.

Analizar el conflicto entre la gestión y el cuidado podría ayudarnos a sentar una base saludable para una confrontación equilibrada, y ayudar a desarrollar compromisos entre lógicas diferentes en una perspectiva progresista. Estas lógicas o, mejor, estas gramáticas distintas podrían escucharse entre sí y eventualmente ponerse de acuerdo o tener la capacidad de generar coincidencias.

Pero hay un requisito previo. No se puede traducir el lenguaje del cuidado al lenguaje de la gestión. Estas no son sólo dos descripciones diferentes, sino que no hablan en el mismo idioma. En otras palabras, hay que reconocer la existencia de una poliglosia (o sea varios idiomas legítimos en el mismo territorio), lo que complica la tarea de “reconciliación”.

Empiezo con una visión optimista: la conciliación o reconciliación. Veremos que el problema a veces es más agudo. Si la gestión o el *management* no son una lengua como cualquier otra, sino como lo propone la filósofa Marcela Zangaro, el idioma de un dispositivo de gobierno en el sentido de Michel Foucault, entonces la perspectiva del cuidado se puede entender en términos políticos alternativos, como crítica del monolingüismo del *management* (Zangaro, 2011). En esta perspectiva, el análisis del trabajo hospitalario (o el trabajo en asilos de ancianos o en centros para niños discapacitados) toma un valor central. Permite el análisis de la sociedad, de sus desarrollos actuales y ofrece otro idioma para resistir contra la extensión del dominio de la gestión.

Voy a comenzar con una introducción de la perspectiva del cuidado. Después hablaré de la escisión entre gestión y cuidado. Hablaré luego de los sistemas de defensas que operan ocultando el trabajo real. Terminaré hablando del cuidado como alternativa al dispositivo del *management* neoliberal.

LA PERSPECTIVA DEL CUIDADO: UNA VULNERABILIDAD COMPARTIDA, UN TRABAJO ATENTO

Las teorías del cuidado contienen un reconocimiento sin precedentes de la vulnerabilidad como una condición común de la

humanidad. Lo que define al ser humano es su dependencia con los demás. Esto se opone al valor neoliberal de autonomía.

“Hay, –escribe Joan Tronto (2009)–, un continuo en el grado de atención que cada uno necesita, no una dicotomía entre los que son atendidos y la gente que los cuida. Pero no es una idea que la mayoría de la gente acepta fácilmente. Se supone que nos consideramos como seres vulnerables. Esto implica que abandonemos nuestro sentido de una autonomía completa. Y requiere que dejemos de pensar que la “autonomía personal” es la solución a todos los problemas de la sociedad. De hecho, el verdadero reconocimiento de nuestra profunda vulnerabilidad y el hecho de estar vinculados a los demás, pueden llegar a cambiar nuestra forma de pensar acerca de la responsabilidad social.”

“El cuidado no es una moral de los buenos sentimientos, es un proyecto social. Joan Tronto insiste con razón sobre el riesgo que presenta la reducción del cuidado a una concepción diádica (sobre el modelo madre-hijo). Además madre y niño no viven tampoco en una isla desierta, ello es un mito.”

Una de mis estudiantes¹ está realizando una tesis sobre la negación de la muerte en asilos para ancianos. Ella muestra que estas personas deben tener un “plan de vida”. Ojo: 70% sufren del Alzheimer. Y se supone que los y las cuidadoras deben estimularlas para mantener su “autonomía”. Por suerte las cuidadoras desobedecen y dejan a las personas mayores la posibilidad de una siesta. Los efectos del neoliberalismo están en todas partes. Y si no tenemos cuidado, vamos a exigir de los y las ancianas que sean “eficientes”, “competitivos”, y porqué no “excelentes”, y vamos a evaluar su “plan de vida”, o lo que sea.

El cuidado es una crítica política del neoliberalismo a partir de que une crítica del valor de la autonomía personal. La autonomía personal en este sentido es una mentira: siempre hay alguien apoyando de manera discreta. No solo los más dependientes se benefician de una ayuda, sino también los adultos competentes. Resulta que en la perspectiva del cuidado, pensamos en términos de relaciones, conexiones, redes, co-construcciones, etc. El valor principal no es la autonomía, pero sin duda sí lo es el ser capaz de vivir una vida humana. Y hay muchas clases de vida humana. No sólo la vida de un ejecutivo de alto nivel.

Otra contribución conceptual importante es considerar que el cuidado de los demás significa hacer algo útil para ellos. En otras palabras, el cuidado es un trabajo. Pero este trabajo no tiene nada de espectacular, es parte de la vida cotidiana. Además, permite a la vida cotidiana mantenerse como una condición de nuestra “forma de vida” (o sea: los seres humanos necesitan una vida cotidiana, una rutina con puntos de referencia familiares).

La perspectiva del cuidado propone prestar atención al mundo y a la gente común, a las relaciones ordinarias como centro de “la vida cotidiana del ser humano” (para decirlo en los terminos de Veena Daas).

Esta dimensión de lo común tiene poca visibilidad. Se ve sobre todo cuando desaparece: en casos de desastre, por ejemplo.

El aspecto discreto del cuidado había sido identificado por el psiquiatra y psicoanalista Jean Oury, que fue el jefe del movimiento de psicoterapia institucional hasta su muerte en marzo de 2014. Director de la famosa *Clinique de la Borde*, Jean Oury no es un teórico del cuidado, es un teórico del tratamiento de la psicosis. Pero sus teorías están convergiendo con las teorías del cuidado y permiten que se vaya más allá.

Él cuenta la historia siguiente: Había (en una sesión de formación para los cuidadores) una docena de empleadas de aseo hablando de su trabajo, todas mujeres y un jovencito. Una mujer dice: lleguemos antes de los enfermeros y luego barramos. Hay un pasillo largo y barramos. Y a lo largo del pasillo, cada vez que hay una puerta que se abre, hay una anciana que viene aquí, una demente, eh, ella apenas puede caminar, está con su carrito, entonces ella estaba al borde del pasillo y me sonrió, con una gran alegría y me dijo... hablaba de cuando era pequeña, cuando tenía tres o cuatro años, que estaba jugando con sus amiguitas, ¿y qué? Sigo barriendo el pasillo. Y al final, el chico dijo: nosotros, estamos aquí para recoger polvo y palabras (Molinier, Gagnard, 2014, en prensa).

Este ejemplo es bello porque se entiende bien que la atención no puede ser separada de la tarea física. Barriendo el pasillo, las

1. Marie Odile Muller.

aseadoras encuentran y escuchan ancianas. La ética del cuidado es en este caso inseparable de la labor de limpieza. Están entrelazadas en la textura de la vida cotidiana. Barrer en un hospital es cuidar.

Limpiar un lugar habitado por enfermos es siempre mucho más complicado de lo que uno piensa. La perspectiva del cuidado no sólo rehabilita la vulnerabilidad, sino también el trabajo doméstico y el mundo ordinario. Un mundo en el cual la gente está buscando con quién hablar. En algunos hospitales franceses, las trabajadoras de la limpieza no tienen derecho de hablar con los enfermos mentales, ya que, supuestamente, no tendrían las habilidades necesarias para hacerlo. Afortunadamente, desobedecen. Y por la mañana, nadie las ve. No se sabe. Esta “forma de vida” existe sin reconocimiento social.

Sin embargo, es importante destacar también que el cuidado —el de un padre a un hijo, como el de una enfermera a un paciente— aunque no implique necesariamente una tarea física (como limpiar), moviliza siempre un proceso psíquico de reflexión y anticipación, o para elaborar su propia ansiedad o irritación, cuando se trata de **no hacer**, por ejemplo: dejar que el niño lo haga solo, o respetar el ritmo del paciente, etc.

De tal manera que “no hacer nada” o “abstenerse de hacer algo” puede ser cuidadoso. Estamos allí, en el grado cero de la visibilidad del trabajo de cuidado.

En otros términos, si los y las cuidadoras permiten dormir la siesta a unas personas mayores, por ejemplo, no es necesariamente porque las cuidadoras sean perezosas, puede ser una respuesta completamente apropiada al estado de salud de aquellas personas que necesitan sobre todo, después del almuerzo, descansar. Y que no querían ser “estimuladas” por medio de herramientas artificiales de animación o ergoterapia.

Este trabajo atento moviliza unos saberes y haceres discretos que tienen su eficacia en su invisibilidad. El saber discreto se moviliza sin que alguien tenga que pedir nada. Para dar una imagen: El vaso de agua viene justo antes de la sed.

En la película de Robert Altman, Gosford Park, la jefa de los domésticos dice: yo soy la sirvienta perfecta, se antes que ellos (los amos) que tienen hambre.

Otro punto muy relevante: El trabajo del

cuidado no es reducible a la actividad —la actitud de una sola persona— sino que está respaldado por el trabajo colectivo. Trabajo de apoyo, de cooperación, de vigilancia compartida, o en otras palabras, atención colectiva a las “pequeñas cosas”. Además, al menos en la psiquiatría, los pacientes no necesariamente participan menos que los cuidadores. Ellos también pueden cuidar a los demás.

El cuidado no es un trabajo especializado, toda la gente puede hacerlo. La pregunta es: ¿Por qué algunos no lo hacen? De este modo, liberan tiempo y energía para hacer otras cosas más visibles, más prestigiosas, pero no necesariamente más útiles a la civilización, a lo que Freud llamo *Kulturarbeit*.

Respecto de este trabajo del cuidado, Jean Oury dice que es un trabajo que no tiene precio. Es un trabajo inestimable (Oury, 2008). Inestimable porque no podemos evaluarlo o medirlo debido a su invisibilidad. Y es inestimable porque es de valor incalculable, no se puede estimar bajo las leyes de la economía de mercado. ¿Cuál es el precio de una sonrisa? Ahora bien, esto es, por supuesto, una paradoja en términos de los conceptos convencionales que constituyen la episteme del trabajo. Aunque no tiene precio y no se puede medir o confundir con una mercancía, el cuidado es un trabajo. Un trabajo no especializado, pero un trabajo. El cuidado debe ser distinguido del don o del amor. El cuidado siempre implica un esfuerzo, unos “*know-how*”, un saber hacer, una cooperación y una deliberación. El cuidado es una obra de la civilización.

Esta obra consiste en un conjunto de prácticas cotidianas. ¿Las decisiones son las correctas? ¿A ustedes les va bien dejar dormir a Madame X, en lugar de llevarla a hacer cerámica? Las respuestas a estas preguntas cambian de un día al otro. No hay regla firme, todo es contextual, todo implica deliberaciones, o sea tiempo improductivo.

El psiquiatra François Tosquelles distinguió el “establecimiento-hospital” de la “institución” (Tosquelles, 1967). La institución, “son los vínculos que crean un lugar “. Hay que “cuidar la institución para cuidar los enfermos”. O sea cuidar los vínculos. Crear este lugar requiere condiciones dialógicas o un “espacio público interno” para desarrollar vínculos en conjunto. Estas condiciones —lo sabemos— son fácilmente minadas, debido a

las diversas limitaciones de la organización del trabajo.

Recapitulemos. Las personas, para vivir de modo humano, necesitan volver a crear un mundo común. Esa es la tarea del cuidado como trabajo ordinario, tejiendo lo ordinario, día tras día, noche tras noche. Nada se parece menos al mundo común que un hospital. Al principio, es un mundo aterrador. Por eso, el cuidado es tan importante. Como dicen: “para recoger polvo y palabras”.

UN HOSPITAL AEROPUERTO

El tema del cuidado en las instituciones muestra su contingencia. Un hospital sin cuidado es posible. Nuestros predecesores lo sabían: se llamaba el asilo o el distrito de los agitados. ¿Vamos a conocerlo ahora?

En los últimos quince años, se produjo en el hospital público en Francia, un aumento de la demanda de calidad de los cuidados, de forma simultánea con el aumento de la lógica de la gestión. Por supuesto, otra vez, es natural que tratemos de tener buenos cuidados y al mismo tiempo mejorar la gestión del dinero proveniente de los impuestos. El dinero de los ciudadanos.

Sin embargo, parece que la idea que los administradores se hacen de la eficiencia o la calidad, fundada sobre la evaluación a partir de criterios objetivos y reproducibles, es difícilmente compatible con la realidad del trabajo de cuidado.

Esta realidad no es ni objetivable ni reproducible. Es así. Nunca la realidad –“el torbellino de la vida”– va entrar en las tablas y células de la gestión.

El trabajo de cuidado implica habilidades discretas, ajustes emocionales o “pequeñas cosas” casi inefables. La eficiencia del trabajo de cuidado es difícil de probar o evaluar. A veces estos gestos o pequeños actos sólo tienen sentido en una larga temporalidad o en un “*après coup*” (a posteriori) inesperado.

El tiempo de la gestión no es el tiempo del cuidado, es un tiempo flexible y discontinuo, como sugiere esta cita de Jean Kervasdoué, ex director de los hospitales del Ministerio de Salud francesa y patrocinador de la gestión hospitalaria en Francia.

“El tiempo del paciente –y del personal del hospital que buscamos maximizar– es el sello distintivo de la arquitectura contemporánea. El hospital es menos un lugar para quedarse,

es más bien un lugar de paso en salas cada vez más especializadas. El hospital del futuro, en términos de su arquitectura, será más parecido a un aeropuerto que a un hotel, aunque la función de hotel nunca desaparecerá por completo” (Kervasdoué, 2004:pp 37).

Fue un discurso que tal vez haya sido deliberadamente provocativo. Los administrativos se quejan mucho de la “inercia” y del “arcaísmo” de los trabajadores hospitalarios. Están, según ellos, en un “proceso de fosilización”, entre la omnipotencia médica y las rigideces de los estatutos profesionales, sin hablar de los sindicatos. Esta psicología peyorativa funciona como una defensa protectora que les impide pensar el daño causado al trabajo por la gestión y sus métodos de evaluación.

Un ejemplo para ilustrar “el flujo” de los pacientes. Hoy en día, en Francia, por razones de buena gestión, se practica cada vez más la cirugía ambulatoria. La atención se subcontrata. ¿A quien? Nadie se puede ir a casa si está solo la primera noche después de la anestesia. Probablemente alguien ha calculado el riesgo estadístico de un problema por la noche y decidió que requeriría solamente la supervisión de una persona no médica, apta para llamar una ambulancia cuando sea necesario ¡Qué angustia!

El cuidado no es sólo una actividad de los cuidadores asalariados, sino también una actividad de los/las familiares, y esto último cada vez más. Hoy en día, tenemos que pensar el sistema de salud como dependiente de la integración de estos ayudantes invisibles y gratuitos. En Francia se ha demostrado que los y las cuidadoras familiares de personas mayores tienen una alta morbilidad y una mortalidad superior a la media. Algunos mueren antes que sus enfermos. Pero esto no entra en el costo de la gestión hospitalaria.

De manera bastante sorprendente, el mismo Kervasdoué (2003), especialista de la gestión, publicó en un gran periódico, *Le Monde*, un artículo sobre su hospitalización. Incluso los gestores pueden romperse una pierna. Desde su camilla Kervasdoué descubre el hospital del punto de vista del paciente, una verdadera historia de dolor, de incertidumbre y incomodidad.

Dice: “El equipo se dedica a lo más urgente: usted, luego otro. Pero ¿por qué no a la inversa: el más joven, más dañado, la más dolorosa, la más cercana a la puerta? Uno se

pregunta cuáles son las prioridades y sobre todo porqué la atención intensa y real de unos momentitos esta seguida por largos períodos de abandono. “La descripción es correcta. Pero, ¿cómo puede un diseñador del *management* no entender los criterios de la elección realizada por los cuidadores? Cómo puede ignorar que la clasificación y jerarquización de los pacientes es un trabajo diario y la rentabilidad de las enfermedades es uno de los criterios preeminentes de este ordenamiento.

“Más tarde, desde mi habitación, oigo por el pasillo una queja, un sonajero que aparece y desaparece con el aliento de esa persona. Ella sufre allí, no muy lejos. La expresión del sufrimiento puro, un cristal de desesperación. Me dijeron al día siguiente que se trataba de un paciente con la enfermedad de Alzheimer y otros daños en algunos órganos. Nadie, ninguna unidad de hospitalización, la aceptó. Así que esperó en este servicio de paso” (lo que llamamos “servicio puerta”, entre las emergencias y el servicio de hospitalización).

¿Podría ser que a los “malos” cuidadores no les gusta la gente mayor? O los criterios de gestión que rigen la clasificación de las enfermedades no son tan favorables para las personas mayores? Algunas enfermeras de los servicios de urgencias, a veces, tratan de no decir al teléfono la edad del paciente para quién buscan una cama en un servicio.

Kervasdoué no imaginó que las clasificaciones se hacían a partir de criterios de gestión. Es interesante. Él no puede hacer que se comuniquen dos áreas de su propia experiencia: su conocimiento de la gestión y su experiencia como paciente. Estas dos áreas están escindidas. Mi hipótesis es que esta escisión defensiva, es común.

¿Quién realiza la selección de los pacientes? No son los Kervasdoué, sino los propios cuidadores de primera línea.

Esta priorización no está prescrita/escrita, de tal manera que los cuidadores son responsables de hacerla. De este modo, participan activamente para constituir un “remanente”, un “residuo”. Este “desperdicio” –invisible en el marco de las evaluaciones de “calidad”– está formado por pacientes que no producen recursos financieros dignos de reconocimiento. Esta clasificación es un verdadero trabajo sucio (*dirty work*) en el sentido del sociólogo Everett Hughes, quien describe muy claramente la participación de los cuidadores en

el sistema de gestión, lo que debilita la legitimidad de sus críticos. Y no tienen ninguna razón para estar orgullosos de su trabajo.

Otro ejemplo: un aborto voluntario vale tres veces menos que un aborto involuntario. Es el mismo acto. Pero se nota un valor normativo en el dicho proceso objetivo.

En resumen: Por lo tanto, una parte importante del sufrimiento en el trabajo de los cuidadores hospitalarios puede ser descrito en términos de sufrimiento ético: hacer algo a pesar de un desacuerdo moral.

El testimonio de Kervasdoué sugiere, por otra parte, que los gestores, incluso cuando experimentan la enfermedad, no entienden el impacto de la lógica de gestión sobre la calidad de los cuidados.

¿QUIÉN ES EL BUENO EN EL TESTIMONIO DEL CUIDADO ?

Las teorías que han formalizado la dimensión del cuidado permanecieron minoritarias, a pesar de su éxito social. A excepción de Uruguay (Aguirre et al, 2014).

Además, el trabajo de cuidado es llevado a cabo en su mayor parte por mujeres poco calificadas, cuyo discurso tiene una legitimidad social bastante débil. No hay ética del cuidado sin una política que le dé valor. Y no una politización del cuidado sin tener en cuenta las voces de quienes, y en su mayoría mujeres, lo hacen.

Sin embargo, la ortodoxia mayoritaria en la medicina (por lo menos francesa) tiene un ajuste mucho mejor con las teorías de la gestión y el “hospital aeropuerto” que prometen. Al centrarse en la reparación de órganos, los médicos evitan enfrentarse a la persona enferma o a la “enfermedad vivida”. La devaluación del cuidado está muy profundamente enredada con la práctica de evitar una dimensión de la experiencia humana: el cuidado genera sufrimiento, malestar, asco, miedo, emoción, excitación, tristeza, y a veces odio.

Las y los administradores y las/los médicos sentirían esas emociones como todo ser humano. Pero ellos están muy bien protegidos por la división del trabajo. Añadiría que para un cirujano, lo mejor es estar protegido de esta manera: no debe ser conmovido por la persona para operarla bien. La división del trabajo a veces tiene una dimensión psicológica que garantiza la eficacia profesional.

Los y las cuidadores están allí para es-

tar lo más cerca de los pacientes. Y logran aguantar los sentimientos dolorosos, contradictorios y ambivalentes que genera el trabajo de cuidado, y por eso deben elaborarlos. El logro de esta capacidad no depende de su personalidad o de su fuerza psicológica. El cuidado no es una virtud personal. Esto implica un trabajo colectivo importante: los y las cuidadoras tienen que transformar en relatos la experiencia que comparten con los demás. Estas historias deben tener una forma admisible: se trata de que sean soportables para permitir hablar de una realidad muy ansiógena. Las historias que cuentan los y las cuidadoras se desarrollan mediante el recurso del humor y apelando a la modalidad de reirse de sí mismos (Molinier, 2013).

Este modo de narración permite a los/las cuidadoras que se entiendan entre sí y que elaboren los aspectos traumáticos de su experiencia. Pero esta narración hace que sea difícil de transmitir su experiencia fuera de la comunidad de origen, porque tales historias "no son serias." Además, para llevar a cabo este tipo de trabajo colectivo de elaboración, se necesita tiempo informal, pausa para el café, o para el mate, por ejemplo. Sin embargo, en una descripción del trabajo desde el punto de vista de la gestión, estos tiempos se consideran improductivos.

Por último, el trabajo sucio y el sufrimiento ético llevan a la gente a guardar silencio. Para tener ganas de hablar del trabajo con sus colegas, la gente no debe sentirse demasiado avergonzada de lo que hace.

Los y las cuidadoras pueden también protegerse del sufrimiento a través de la creación de defensas diseñadas para mantenerlos lejos, a distancia de la experiencia de las personas que (mal) tratan o (mal) atienden.

Estas defensas requieren un sistema de representaciones despectivas en relación con los pacientes y compartidas en el equipo. Estas defensas alterizan a los pacientes (o sea limitan las posibilidades de identificación) o justifican su desprecio. No son dignos de ser bien cuidados. Por ejemplo, son responsables de su desgracia (como los alcohólicos, drogadictos, personas que han hecho un intento de suicidio). O porque son parte de un grupo étnico que supuestamente exageraría el dolor, o porque "ya no tienen nada en la cabeza" o son "vegetales" (Alzheimer). En realidad, estas defensas están funcionando bastante mal

porque impiden dar sentido al trabajo en la medida en que el trabajo se haría para gente que "no vale nada".

Otras defensas contra el sufrimiento ético están diseñadas para reducir la percepción de su propia responsabilidad en el maltrato de los pacientes y tratar de proteger el sentido del trabajo. Estas funcionan mucho mejor. Luego, los/las cuidadoras consideran que los administrativos tienen toda la culpa. Si se trata mal a la gente, es por "el aumento de la lógica de gestión".

Pero hemos visto que los que administran no están en condiciones para entender los efectos de sus propias decisiones sobre el proceso de cuidado cotidiano. Ellos necesitan ser informados por los cuidadores. Esto implica que los cuidadores hablen con ellos, y que ellos, por su parte, quieran escucharlos. Y tienen que escucharlos hablar en sus propias lenguas y cultura, es decir, a través de los relatos del cuidado. Los administradores tienen que aprender a tomar en serio otras formas de simbolización diferentes a las curvas y gráficos estadísticos.

Creo que es muy posible al nivel micro o local, y así se puede evitar cierto tipo de tonterías. Pero en todos los casos de diálogo habrá un momento incómodo para todos: Cuando nadie esté protegido por sus defensas, o sea cuando deba enfrentarse a sus propias responsabilidades

Para sintetizar y concluir

Asistimos desde los últimos veinte años, a la extensión del sistema neoliberal y sus formas específicas de gestión y evaluación en el ámbito de los servicios públicos: educación, servicios de salud, trabajo social. El resultado, son situaciones absurdas, como el "plan de vida" de la gente con enfermedad de Alzheimer. O el de evaluar el trabajo de una cuidadora a domicilio a partir del número de camisas planchadas, mientras que el tiempo dedicado a hablar con las personas mayores no se reconoce. De una manera más general, lo que le importa a la gente no se mide en las tablas y estadísticas de la gestión. Lo importante es la ética. Y la ética del cuidado no se mide.

Podríamos imaginar otras formas de gestión. Pero hay que preguntarse porqué este sistema se impone en todas partes. La razón es que el sistema neoliberal tiene preci-

samente una vocación sistémica. Podríamos decir que se trata de una forma de gobierno de las mentes y los cuerpos que, para ser eficaz, donde debe ser eficaz –o sea en el ámbito de la competencia económica–, debe aplicarse incluso cuando no hay ninguna pertinencia. Este sistema se consolida a través de un conjunto de prácticas cotidianas, como si no hubiera otros horizontes, otras maneras de hablar o de hacer. Como si no hubiera otro mundo posible. Nuestras subjetividades están determinadas por el neoliberalismo y el trabajo juega un papel central en esta conformación.

Vivimos en un mundo donde debemos ser capaces de clasificar y comparar los hospitales, universidades, colegios, etc. Nuestros hijos deben ser eficientes, nuestros ancianos autónomos, etc. No sólo debemos hacer nuestro trabajo, sino que tenemos que hacerlo visible, valorizarlo, haciendo su publicidad, su auto-promoción. Y, sobre todo, tenemos que competir para lograr recursos financieros, que nos ponen en constante competencia entre nosotros.

Al mirar las crisis que el neoliberalismo ha generado, parece ser un fracaso económico, un fracaso en términos de prosperidad y felicidad. Pero sin duda es un gran éxito en términos del imaginario social. Estoy convencida de que el neoliberalismo no es un enemigo fuera sino un enemigo dentro de nosotros. Como dijo Donna Haraway, no solamente estamos en el vientre de la bestia, pero no hay posición inocente: somos parte de la bestia (Haraway, 1992).

El neoliberalismo, y sus prácticas de *management*, de gestión, de evaluación, no son solamente un programa económico; son ante todo un programa político. En el trabajo de investigación, por ejemplo, igual que en el hospital público, las evaluaciones sobre bases volumétricas en términos de artículos o investigaciones, están aumentando. Cada vez que una “campana de evaluación” se termina, nos enteramos de que llega una nueva, por lo general antes de lo esperado. Se estima que en la última convocatoria para la financiación de la investigación, los científicos franceses han perdido 200 años de tiempo para proponer proyectos en la competencia. Al final, sólo el 5-8% de los proyectos fueron financiados. Esto es absurdo en términos de investigación. Pero se puede hacer un hallazgo. Mientras

que los investigadores están perdiendo su tiempo en “proyectos”, no piensan y no despiertan políticamente.

La sobrecarga en términos de evaluación está al servicio de un proyecto político: se trata de disciplinar a las mentes rebeldes. El desprecio abierto de los profesores de los colegios y de las universidades, y más ampliamente, de todos los funcionarios, por parte de los representantes del Estado francés, es un indicador de este proyecto político.

Al gastar mucho tiempo respondiendo a las imposiciones administrativas, existe un gran riesgo de irse fuera de la realidad, lo cual es una experiencia cotidiana en Europa. Esto último se llama “alienación cultural” y con esta, el riesgo de un retorno a la realidad por la violencia, nunca está excluido. Nuestras responsabilidades son parciales en este proceso y no es una fatalidad. Creo que las historias de cuidado –estos relatos que parecen poco serios– ofrecen un camino posible para volver a la realidad, al suelo áspero de la experiencia, diría Wittgenstein. Si el trabajo es un organizador central en nuestras sociedades, si el hospital y el dominio del cuidado son los analizadores privilegiados de las evoluciones del mundo neoliberal, entonces estas “pequeñas historias” no tienen precio, son inestimables. Ustedes dirán que es David contra Goliat, y tienen razón. Pero, sin embargo, fue el pequeño quien ganó, así que ¿por qué no?

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Rosario BK, Genta N, Perrotta V. Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay, Íconos. Rev Ciencias Sociales, 50, Quito, 2014. Pág.43-60,
- Anscombe GE. Under description. En: The collected philosophical papers, vol. 2 (Metaphysics and Philosophy of Mind), Oxford Basil Blackwell. 1970.
- Dejours C. Travail: usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard Éditions. 1993.
- Gilligan C. In a Different Voice. Cambridge: Harvard University Press, 1982.
- Haraway D. The Promise of Monsters. A régénérative politics for inappropriate/d others in Lawrence Grossberg, Cary Nelson, Paula A. Treichler (éds). Cultural Studies, New York, Routledge, 1992. Págs.295-337.
- Kervasdoué J. “L’hôpital vu d’en bas”, Le Monde, 28 novembre 2003.
- Kervasdoué Jean. L’hôpital, Paris, puf, 2004.
- Le Blanc G. Vies ordinaires vies précaires, Paris, Seuil, 2007.

-
- Molinier P. Le travail du care, Paris, La Dispute. (2013).
 - Molinier P, Laugier S, Paperman P, eds, Qu'est-ce que le care ? Payot, 2009.
 - Molinier P, Gaignard L. Jean Oury, un trajet herméneutique hors de toute illusion. Psychologie Clinique. 2014, in press.
 - Oury J. Le travail est-il thérapeutique? Entretien avec L. Gaignard et P. Molinier à la Clinique de la Borde, 2 septembre 2007, Travailler. 2008;19:15-34.
 - Tosquelles F. (1967). Le travail thérapeutique en psychiatrie, Toulouse, érès, 2009.
 - Tronto J. "Care démocratique et démocraties du care", dans P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, Qu'est-ce que le care Souci des autres, sensibilité, responsabilité, Paris, Payot, 2009.
 - Worms, Frédéric, Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales, Esprit, 2006;321:109-122.
 - Zangaro, Marcela. Subjectividad y trabajo. Una lectura foucaultiana del management, Buenos Aires, Herramienta Ediciones, 2011.