



Condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María 2011

María José Demaría.

Aprobada: 2013

Tesis - Maestría en Salud Pública - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Salud Pública, 2013

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



Condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María 2011 por María José Demaría se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de ciencias medicas
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública

Tesis de maestría: “Condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María” 2011.

Lic. DEMARIA María José.

Director de tesis: Prof. Mgter. Farías Ma. Alejandra.

Córdoba, 2013.

Tribunal de tesis.

Prof., Dr. Kiguen Jorge.

Prof., Dr. Acevedo Gabriel E.

Prof., Mgter. Farías Ma. Alejandra.

Dedicatoria.

Con el inicio de la Maestría en Salud Pública, he conocido a personas muy valiosas en mi vida, y muchas otras presentes de siempre.

Nunca he tenido momentos donde hubiera pensado en abandonar, pero si algunos de tensión y ansiedad.

En esos momentos mi familia siempre me acompaño y me apoyo en este emprendimiento, para ellos dedico este trabajo, a mi esposo Javier Zanier, un gran apoyo en mi vida, a mis hijos Fabrizio y Carlina, los grandes motores de mi ser y en especial a una gran amiga con la que cursamos y enfrentamos todos los eventos que nos brindo la carrera a Lic. Saavedra Nidia B.

Agradecimientos.

Mi agradecimiento a la valiosa colaboración e inestimable ayuda de autoridades, profesionales y amigos que desinteresadamente han contribuido a la realización de esta investigación; a todos quienes de una forma u otra, están comprometidos, con iguales objetivos y que caminan junto a distintos proyectos y ayudan a su consolidación.

Invitándolos a continuar trabajando juntos para continuar con la búsqueda de la excelencia, para contribuir a mejorar la justicia social, la salud, a mantener la investigación, a identificar nuevas tendencias, a reorganizar nuestro plan de acción.

No puedo dejar de mencionar e identificar a la persona que me enseñó y me dio una gran oportunidad, al profesor Dr. Acevedo Gabriel, por su intermedio mi tutora, profesora, y soporte ha sido una guía intachable:

Muchas gracias a mi Prof., Mgter. Farias Ma. Alejandra.

A todo el grupo humano de trabajo de esta institución, muchas gracias por hacer, por estar y por ser.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 “La facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor.”

INDICE.

| | |
|----------------------------------------------------------|----|
| Dedicatoria..... | 3 |
| Agradecimientos..... | 4 |
| Índice..... | 6 |
| Resumen / Summary..... | 7 |
| Introducción..... | 9 |
| 1. Presentación. | |
| 1.1 Antecedentes..... | 9 |
| 1.2 Planteo del problema..... | 9 |
| 1.3 Marco Teórico..... | 10 |
| 2. Objetivos. | |
| 1.1 Objetivos generales..... | 26 |
| 1.2 Objetivos específicos..... | 26 |
| 3. Diseño Metodológico. | |
| 3.1 Materiales y Métodos..... | 26 |
| 3.2 Población y muestra..... | 26 |
| 3.3 Variables..... | 27 |
| 3.4 Instrumentos o técnicas de recolección de datos..... | 33 |
| 4. Plan de análisis de los resultados..... | 33 |
| 4.1 Resultados..... | 34 |
| 5. Discusión..... | 66 |
| 6. Conclusión..... | 71 |
| 7. Referencias bibliográficas..... | 76 |

Resumen.

En las últimas décadas se han producido cambios significativos en las condiciones de trabajo y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en la mayoría de los sectores y particularmente en salud, muchos de los cuales propiciaron la precarización de las condiciones de trabajo y la vulnerabilidad del empleo. En el país, el deficiente monitoreo de las CyMAT del personal de salud, ha condicionado negativamente la formulación de políticas y planes que favorezcan el desarrollo y la gestión de los Recursos Humanos en salud.

El presente trabajo tiene como propósito indagar sobre las condiciones en que realizan su tarea los trabajadores del segundo nivel de atención de salud en Jesús María; partiendo del reconocimiento de una crisis de los recursos humanos en salud, lo cual trae aparejado consecuencias negativas para los sistemas de salud, a la vez que impone condiciones de trabajo inadecuadas en el sector.

La investigación se plantea, como objetivo, reconocer las especificidades de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) de los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María y como objetivos específicos describir las condiciones de trabajo en el Hospital Vicente Agüero de la ciudad de Jesús María; caracterizar el ambiente de trabajo.

Se desarrolló un estudio exploratorio, de corte transversal, donde se aplicó una encuesta previamente validada.

Los datos fueron capturados en una base de datos para su procesamiento y análisis, utilizándose para ello el programa SPSS15.0 para Windows.

Los resultados más relevantes hallados se destacan que el 73,1% de encuestados pertenece a planta permanente, el 20,2% es contratado y el 5,9% son monotributistas. El porcentaje de trabajadores que declaran poseer más de un empleo es del 48,8%, en su mayoría en instituciones de dependencia privada. Al valorar las condiciones de medio ambiente del trabajo se halló que tanto la ventilación como la iluminación son valoradas positivamente por más del 50% de los encuestados.

Summary.

In recent decades have been produced changes in working conditions and environment in most sectors, particularly in health many of which led to the precarious working conditions and employment vulnerability. In Argentina, the poor monitoring of health and safety in health care workers, has negatively conditioned the formulation of policies and plans that support the development and management of health human resources. This research aims to investigate the conditions under which workers perform their tasks in a public hospital belonging to the second level of health care, based on the recognition of a human resource crisis in health, which caused to negative consequences for health systems, as well as poor working conditions imposed on the sector. The study was conducted to recognize the specificities of Working Conditions and Environment (CyMAT) of workers in the referring Hospital Vicente Agüero located in the city of Jesus Maria. Specific objectives were aimed to describe the working conditions and characterize the working environment. Was developed a cross-sectional exploratory study, during which has been applied a validated survey. The data were recorded in a database for processing and analysis, using SPSS15.0 program for Windows. The most relevant results highlighted found that 73.1% of respondents belonged to the permanent staff, 20.2% , were employed temporarily and 5.9% ,were hired under the Simplified / Single Tax System Taxpayer (the worker pays a fee monthly pension contributions unified). The percentage of workers reported having more than one job is 48.8%, mostly in private sector. Regarding to working environment was found that both the ventilation and lighting were valued positively by more than 50% of respondents.

Palabras claves- Key words

Trabajadores de la salud/ Health Care Workers

Empleo/ Employment

Condiciones de Trabajo/ Working Conditions

Ambiente de Trabajo/ Working Environment

Medidas de Seguridad/ Security Measures

Introducción.

Breve reseña histórica de Jesús María.

La presencia de los nativos, en la zona que hoy constituye Jesús María, data desde hace, aproximadamente, ocho mil años. No obstante, el punto de partida se encuentra en la cesión de una merced de tierra al encomendero español Pedro de Deza por parte de Lorenzo Suárez de Figueroa, en el año 1575. Tras la muerte de Deza, la propiedad pasa por varias manos hasta que en el año 1618, concretamente el 15 de enero, los jesuitas compran al Alférez Real, Don Gaspar de Quevedo, la Estancia Guanusacate, a la que dan el nombre de Jesús María. La orden comienza con la construcción del convento y de la iglesia, además de utilizar las tierras para la explotación agrícola que le serviría para sostener el funcionamiento de sus centros de formación.

Cuando todavía no había concluido las obras, el rey Carlos III, ordena la expulsión de los jesuitas de todas las posesiones en América, en el año 1767. Las propiedades que pertenecieron a la Compañía de Jesús, pasan a depender a la Junta de Temporalidades, entidad formada con el objeto de inventariar y luego rematar las propiedades públicamente.

La extensa historia que dio forma a la ciudad que hoy es Jesús María, está jalonada por una verdadera profusión de hechos de importancia diversa, los cuales ejercieron su peso para configurar la realidad actual.

La ordenanza número 641 estableció como fecha correspondiente el 28 de septiembre de 1873, día en que se elevan al Ministerio de Instrucción Pública de la Nación los planos y notas presentadas por Pío León para la aprobación del asentamiento urbano.

Breve Reseña Histórica del Hospital Vicente Agüero de Jesús María.

El Hospital Vicente Agüero fue fundado el 12 de marzo de 1927 siendo su primer Director el Dr. Castellanos uno de los pocos médicos de la zona en terrenos que eran propiedad de Don Vicente Agüero.

La capacidad de internación de la época de la inauguración, era de 24 camas, distribuidas en dos salas de clínica, la población de ese entonces era de 4000 personas.

En 1929 se habilitó el servicio de ginecología y maternidad con 2 salas de diez camas cada una y en 1937 el servicio de pediatría luego ampliado para 20 cunas. Más tarde se construye un nuevo pabellón destinado a la sala de operaciones y rayos X. La sociedad de beneficencia equipa la sala de clínica quirúrgica al año 1943.

Más adelante se fueron construyendo salas de espera, nuevos consultorios dentales, externos, baños y laboratorios de análisis clínicos.

Más tarde el gobierno de la provincia toma a su cargo la propiedad y mantenimiento del Hospital Vicente Agüero. Por entonces la población había crecido a 6000 habitantes en 1946; hoy la población se estima en más de 30.727 habitantes según datos del censo del 2008.

El Hospital a la fecha tiene disponibilidad de 36 camas de clínica médico quirúrgica, guardia central con 4 camas frías y un shock room totalmente equipado, maternidad con 4 salas con un total de 14 camas distribuidas en las mismas, pediatría con una disponibilidad de 13 unidades para pediátricos y 5 unidades de neonatología.

Dos quirófanos y una unidad de terapia intensiva con 10 camas disponibles. Esta antigua estructura fue remodelada y ampliada, convirtiéndose a partir del año 1998, en Hospital Referente de área del norte de Córdoba, siendo cabecera N° 3, cubriendo el norte, NE y NO de la provincia, hasta el límite con Santiago del Estero y Catamarca.

El Hospital cuenta con una dotación de 200 trabajadores enmarcados en dos las leyes de contratación vigentes, la Ley 7625 que comprende a todos los profesionales de salud y la Ley 7233 a los agentes administrativos y de maestranza.

De los trabajadores enmarcados dentro de la Ley 7625, 126 pertenecen a planta permanente, 23 contratados y 15 monotributistas. Dentro de la ley 7233 se encuentran 33 en planta permanente y 3 monotributistas.

Marco teórico.

Relación: Salud y trabajo.

Según la organización mundial de la salud (OMS) define a la “salud como el estado de completo bienestar físico mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones. Sin embargo, no debe considerarse a la *salud* como un estado sino como un proceso dinámico y activo que intenta adecuarse a los diferentes determinantes sociales que influyen en el ser humano para intentar lograr un equilibrio biológico, psicológico y social que generen el bienestar para alcanzar una vida sana, productiva y feliz.

A través del trabajo se busca satisfacer una serie de necesidades como el desarrollo profesional, personal y social, sin que este afecte el estado de bienestar físico y mental de los que lo desarrollan. El trabajo y la salud están íntimamente relacionados; es así

como el ámbito de trabajo, espacio físico, condiciones ambientales y psicológicas, donde se desarrollan los trabajadores durante gran parte del hacer cotidiano actúan como determinantes de la salud. Si nos imaginamos al hombre primitivo que, en busca de su sustento debía enfrentar un sinnúmero de peligros que hasta le costaban su vida, ya sea por las características del medio o de la actividad mediante la cual con rudimentarias herramientas procuraba su alimento. La evolución humana (antropológica y social) fue transformando esa primitiva actividad, y en la medida que el hombre aprendió a dominar los elementos de la naturaleza aparecieron nuevas formas de trabajo y nuevas herramientas que si bien por una parte mejoraron la capacidad de producción, no lo liberaron absolutamente de los sufrimientos propios de la tarea desempeñada sino que a veces, por el contrario lo expusieron a nuevos y mayores peligros.

La urbanización, la industrialización, las nuevas formas de gestión de los medios de producción, la ciencia y la tecnología, trajo aparejado mejoras en la producción de bienes y servicios que permitió a las poblaciones un acceso más fácil a ellos, generando, aunque todavía hoy con profundas desigualdades, una mejora en la expectativa y calidad de vida, pero los riesgos presentes en el trabajo para la salud de las personas, si bien con distinta incidencia, continúan en nuestros días”¹

Cuando se estudia la relación entre trabajo y salud es inevitable remontarnos a la época del renacimiento donde el médico humanista italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), quien fue el primero en estudiar de forma sistemática los efectos en la salud de los principales oficios de su época en su obra *De morbis artificum diatriba* (Tratado de las enfermedades de los artesanos) identificando el papel causal de la ocupación en numerosas enfermedades y lesiones, lo cual fue muy avanzado para la época y que le ha valido para ser considerado el padre de la Medicina del Trabajo. *La importancia que Ramazzini atribuye al trabajo en la patogenia de las enfermedades se puede sintetizar en la pregunta que sugiere hacer a todo enfermo: "¿de qué trabaja usted?" cuya vigencia permanece inalterable hasta hoy y la influencia de esta obra se extiende hasta nuestros días.* Sin embargo el trabajo y la salud no son capaces de existir por separado el autor Juan J. Gestal Otero² habla de una bidireccionalidad que genera influencias positivas y negativas en el ser humano y concuerdo cuando menciona que muchas veces el trabajo conforma una parte muy importante en nuestras vidas y que muchas veces no nos damos cuenta de esta magnitud.

El trabajo es un derecho humano.

La Constitución de la República Argentina, establece en el artículo 14, que “todos los habitantes de la nación gozan del derecho de trabajar”, y en el 14 bis, que “el trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor; jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público, y organización sindical libre y democrática”.

El trabajo como derecho permite satisfacer necesidades personales y las de la comunidad, genera independencia, permite estructurar el tiempo, crear relaciones interpersonales, desarrollar actividades creativas, adquirir identidad social, garantizar seguridad personal y familiar.

En el Preámbulo de la Constitución de la OIT, que parte por reconocer que... “existen condiciones de trabajo que entrañan injusticia, miseria y privaciones para gran número de seres humanos.”³ En ese mismo texto, consensuado a inicios del siglo XX, ya se postulaba que “el trabajo no es una mercancía; la libertad de expresión y de asociación es esencial para el progreso constante; la pobreza, en cualquier lugar, constituye un peligro para la prosperidad de todos; la lucha contra la necesidad debe proseguirse con incesante energía dentro de cada nación y mediante un esfuerzo internacional continuo y concertado, en el cual los representantes de los trabajadores y de los empleadores, colaborando en un pie de igualdad con los representantes de los gobiernos, participen en discusiones libres y en decisiones de carácter democrático, a fin de promover el bienestar común.

Como así también, que todos los seres humanos, sin distinción de raza, credo o sexo tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades”.

Todas estas expresiones, que retornan al presente con igual intensidad que al momento de ser formuladas, son ni más ni menos que los derechos básicos y fundamentales que estructuran y dan esencia a la noción de *trabajo decente*.

Es necesario referirse a la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948. El artículo 23 es el que refleja los derechos relacionados con el mundo laboral. En él se especifica que:

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana, y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

En el mismo año, 1948, la Organización Internacional del Trabajo adoptó el Convenio N° 87 sobre la libertad sindical y el derecho de sindicación, y un año más tarde el Convenio N° 98 que estableció el derecho de sindicación y de negociación colectiva. Así se comienza a gestar al trabajo como un derecho Humano fundamental.

Salud laboral y CyMAT.

El concepto de salud laboral ha experimentado un proceso evolutivo de características similares a los conceptos de salud y salud pública. En la evolución histórica general de la salud laboral se puede distinguir tres etapas claramente diferenciadas: la primera orientada a evitar la enfermedad; la segunda dirigida a preservar la salud y, la más actual, que trata de promocionar la salud.⁴

La comisión directiva de la OIT/OMS delineó los objetivos de la salud ocupacional de la siguiente manera:

“Promover y mantener el más alto grado posible de bienestar físico psíquico y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y en suma adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo”. En 1985 y bajo el marco de convenio internacional (161) la OIT revisa sobretodo esta última parte y propone en cambio la "adaptación del *trabajo a las capacidades de los trabajadores habida cuenta de su*

estado de salud física y mental" colocando de esa manera al individuo por sobre la tarea y superando el concepto de adaptar el hombre al trabajo.

Se han elaborado muchos conceptos para definir condiciones de trabajo; así, en términos generales, puede decirse que el término condiciones de trabajo alude a las circunstancias en las que se produce la actividad laboral, las que se consideran dependientes del contexto histórico y social.

Otra definición, no antagónica a la anterior, si no más acabada, menciona que las condiciones de trabajo se refieren a las circunstancias en las que el trabajo se realiza, y se refieren para efecto de distinción analítica, a la exposición a los riesgos físicos, químicos, mecánicos (que provocan accidentes y demandan esfuerzos músculo esqueléticos intensos) biológicos. Se apuntan como agravantes de la exposición a los riesgos, los efectos de la hiper sollicitación de las capacidades humanas en el trabajo oriundo del sistema técnico organizacional, y que son conocidos como factores relacionados con la organización del trabajo.⁵

Se analizarán ahora, cada una de estas categorías analíticas componentes de las condiciones de trabajo.

Las Condiciones de seguridad son aquellas que pueden dar lugar a daños como caídas, golpes, choques, atrapamiento, quemaduras, proyecciones, contactos eléctricos, incendios, explosiones, accidentes de tráfico, etc.

Para que estas no constituyan un factor de riesgo para la salud de los trabajadores es preciso estudiar todos los factores del proceso productivo: características de los locales, de las instalaciones, equipos de trabajo, almacenamiento de materiales, manipulación de cargas, riesgos de contacto con la corriente eléctrica, riesgos de explosión, riesgos de incendio, y la existencia o utilización de productos químicos peligrosos, entre otros.

En lo que respecta a *Condiciones ambientales*: comprenden el micro-clima (temperatura, humedad relativa y ventilación); la iluminación, y los contaminantes ambientales, que pueden ser de naturaleza física, química o biológica.

Aquí, es necesaria la identificación de los Contaminantes químicos presentes en el lugar de trabajo, reconociendo tanto las sustancias químicas que se utilizan para el proceso productivo, como aquellas que se originan durante el proceso, así como los tiempos reales de permanencia en cada situación de trabajo. Para hacer una evaluación adecuada de estos contaminantes, se deben realizar mediciones de su concentración en el

ambiente y estimar sus posibles efectos perjudiciales sobre la salud de los trabajadores, determinando si esa exposición es o no admisible: Para ello es preciso establecer criterios y determinar si pueden existir niveles de contaminación seguros, lo que se acepta salvo para las sustancias cancerígenas en las que no hay acuerdo. Además, un excelente indicador de la *calidad ambiental* es el estado general de limpieza de los locales e instalaciones.

También resulta imprescindible, para el análisis de estas condiciones ambientales, la detección de los *Contaminantes biológicos* (microorganismos y parásitos, que tienen capacidad de ocasionar enfermedades) y *físicos* (ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes, radiaciones no ionizantes) presentes en el puesto de trabajo.

Luego, *la Carga del trabajo* (el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral), si es excesiva conducirá a la fatiga, aumentando el riesgo de accidentes y la posibilidad de enfermedades psicofísicas y disminuyendo la productividad.

Por último, los factores de riesgo de la Organización del Trabajo derivan de la *organización temporal* (jornada y ritmo de trabajo); y los de *organización de la tarea* (automatización, comunicación, estilo de mando, participación, estatus social, identificación con la tarea, iniciativa y estabilidad en el empleo). Las investigaciones sobre las condiciones de trabajo en el sector salud, evidencian problemas comunes a muchos establecimientos de salud, independientemente de su carácter de público o privado, del modelo asistencial, o del segmento profesional estudiado.

Julio Neffa expone la coexistencia de dos líneas de pensamiento en relación a las condiciones de trabajo: la más antigua, llamada Tradicional, que concibe al trabajador como simple fuerza de trabajo; que establece normas estrictas de Higiene y Seguridad laboral cuyo no cumplimiento, por parte de los trabajadores, es plausible de sanción, ya que el trabajador es considerado culpable de los accidentes de trabajo; a la vez resalta que los accidentes de trabajo son inevitables en su conjunto, formando parte (indeseable pero inevitable) del proceso de producción; propone un análisis individual de los riesgos y accidentes; y considera que las soluciones o propuestas para la disminución de los riesgos laborales solo pueden estar en manos de especialistas⁶.

La otra línea de pensamiento, la más moderna, llamada Renovadora considera que el trabajador es parte fundamental del proceso de trabajo; introduce el concepto de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT) y lo estudia en su conjunto; partiendo de la base que todo accidente de trabajo es prevenible; teniendo en cuenta que la salud del colectivo de trabajadores depende de estas CyMAT; y considera que las soluciones o propuestas para la disminución de los riesgos laborales deben buscarse entre especialistas y trabajadores, dando participación activa a estos últimos.

Sector salud: su composición y Condiciones y Medio ambiente de trabajo (CYMAT).

Los términos Recursos humanos y Fuerza de trabajo, se utilizan para referirse a los trabajadores de salud; sin embargo, no son sinónimos, si no que guardan diferencias entre sí. El recurso humano en salud está representado por individuos involucrados en la "producción de servicios de salud", de manera activa, Es una actividad con mano de obra intensiva, con participación mayoritaria de profesionales y técnicos, a quienes se les asigna un doble rol: como factor productivo y como agente social. El concepto refiere a las condiciones y particularidades del ejercicio de la actividad en salud, de tipo profesional o técnico, los mecanismos y actividades específicas de formación permanente, etc.

El concepto de Fuerza de trabajo refiere a ocupados, desocupados, y sub-ocupados que participan en este sector. Aquí se analizan las variaciones y comportamientos a partir de indicadores que cuantifican y caracterizan ciertos rasgos de la oferta y la demanda laboral. Así, La idea de fuerza de trabajo hace referencia al acceso al mercado de trabajo, sus formas de inserción, niveles de calificación y de ingreso.

Así, para el 2007, el Ministerio de Salud de la Nación registró un total de 678.000 trabajadores del sector salud, los cuales representaban el 4.7% del total de ocupados registrados de la economía Argentina. Los datos disponibles sobre la composición desagregada del sector en cuanto a su composición por sexos, arrojan que el 68,1% de los trabajadores del sector son mujeres. Al respecto, Novick⁷ menciona que existe una tendencia a la feminización del sector salud desde 1960 hasta la fecha, lo que resulta un

punto importante a tener en cuenta en el análisis de las condiciones y medio ambiente de trabajo desde una perspectiva de género.

En cuanto a las tendencias en la composición del sector: existe mayor concentración de profesionales que en otros sectores, ya que el 55,2 % de los trabajadores de salud son profesionales y en el resto de los sectores económicos solo el 19,2 % es trabajador de la salud profesionalizado.

También hay más peso en la relación de dependencia que en otros sectores, ya que el 80,1 % de los trabajadores de salud trabaja en relación de dependencia, en cambio en otros sectores solo el 75,1% trabaja en relación de dependencia.

Las diversas formas de contratación (y la precariedad del empleo en el sector salud, no permiten la existencia de información completa y sistematizada sobre los recursos humanos y la fuerza de trabajo del sector. En el año 2004, Abramzón⁸ decía al respecto: El Censo Nacional de Población que realizó Argentina en 2001 ofrece por primera vez información referida a las personas mayores de 20 años que completaron sus estudios universitarios por tipo de carrera, dato que resulta fundamental para hacer un seguimiento con base cierta del número de profesionales de salud en el país.

La misma autora, elaboró en el año 1995 una metodología para estimar el número de profesionales diferenciando su condición de actividad. Esta metodología, y los datos censales a los que se hizo referencia, resultan por demás útiles, pero no son abarcativos de todos los trabajadores del sector salud, ya que deja fuera a aquellos no profesionales. De lo anterior, se desprende la necesidad de establecer mecanismos que sistematicen, de manera centralizada los datos correspondientes al número y composición de la fuerza de trabajo en salud, de manera que no se deje afuera a ningún subsector y que tampoco se superpongan datos.

Condiciones de Empleo.

Como ya se mencionara, durante los años 90, en Argentina (Al igual que en la mayoría de los países de Latinoamérica), se llevaron a cabo una serie de reformas laborales tendientes a establecer modalidades flexibles en los contratos de trabajo del personal de los servicios de salud.

Así, para el primer semestre del 2006, el Ministerio de Salud de la Nación, registró una tasa de empleo no registrado de 29,1 para los profesionales de salud y del 23,4 para los

trabajadores de salud no profesionales. Es decir que, los profesionales de salud estaban más precarizados que sus compañeros no profesionales.

A la vez, si se comparan los datos anteriores con el resto de los sectores de la economía, la tasa de empleo no registrado para profesionales de estos últimos fue 7,7% menor que para los profesionales de salud. No obstante, esta relación se invierte para los no profesionales, ya que para el resto de los sectores el empleo no registrado fue aquí 20,7% mayor que para los trabajadores de salud.

Salario o remuneración en el sector salud.

Se le define como la contraprestación o retribución que recibe el trabajador por sus servicios o por su trabajo, con independencia de la denominación que se le dé y constituye la remuneración o ganancia debida por el empleador al trabajador en virtud del contrato de trabajo, siendo un derecho fundamental del trabajador.

Al tiempo que retribuye un servicio, el salario procura el mantenimiento o la subsistencia del trabajador y su familia, en razón de lo cual la mayoría de las constituciones latinoamericanas establecen el derecho a una remuneración justa o equitativa. Por eso, la legislación, o la propia constitución, contienen un régimen de protección del salario, con reglas para su fijación -sobre todo la del salario mínimo-, las condiciones de modo, tiempo y lugar de su pago y mecanismos para preservarlo (inembargabilidad, carácter de crédito privilegiado, protección contra la mora, fondos de garantía en caso de insolvencia del empleador). Algunos de esos aspectos han sido objeto de reforma.⁹

En el caso de los profesionales de la salud, antiguamente el salario se denominaba honorario y era el reconocimiento que hacía el paciente al médico, fijándolo el paciente de acuerdo a su capacidad económica; luego fue el médico el que fijaba sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica, con la importancia de los actos que realizaba y teniendo en cuenta la situación económica del paciente. Pero en los últimos años el valor de las prestaciones se convirtió en una tarifa que es fijada por las sociedades científicas o por instituciones/empresas que emplean a los profesionales. Esto ha dado como resultado un sistema de salud inequitativo, en el cual tanto pacientes como profesionales resultan perjudicados; ya que, en cuanto a los pacientes su acceso a la atención en salud está condicionado por su capacidad económica y en lo que refiere a

los profesionales generalmente estas tarifas no contemplan su capacitación y necesidades.

Horas de Trabajo y Jornada laboral.

Se considera jornada de trabajo a todo el tiempo durante el cual el trabajador está a disposición del empleador, en tanto no pueda disponer de su actividad en beneficio propio.

Para establecer límites en las jornadas, saludables para los trabajadores, se han establecido una serie de normas internacionales aplicables en materia de horas de trabajo. Al respecto, existen una serie de definiciones que resulta pertinente mencionar: Las horas normales de trabajo son las horas de trabajo fijadas por la legislación, por contratos colectivos o laudos arbitrales.

Cuando no estén fijadas por la legislación, por contratos colectivos o laudos arbitrales, las horas normales de trabajo significaran el número de horas, por día o por semana, en exceso de las cuales todo trabajo se remunera con arreglo a la tasa de las horas extraordinarias o constituye una excepción a las reglas de la empresa.

Las estadísticas de las horas efectivamente trabajadas debieran incluir:

Las horas efectivamente trabajadas durante los períodos normales; el tiempo trabajado, además de las horas efectivamente trabajadas durante los períodos normales, y pagadas generalmente a tasas más elevadas que las tasas normales (horas extraordinarias); el tiempo empleado en el lugar de trabajo en tareas tales como la preparación del lugar de trabajo, reparaciones y conservación, preparación y limpieza de las herramientas, preparación de recibos, fichas de tiempos e informes; el tiempo transcurrido en el lugar de trabajo esperando o inactivo por razones tales como la falta ocasional de trabajo, paro de máquinas, accidentes, el tiempo correspondiente a breves períodos de descanso en el lugar de trabajo, incluidas las interrupciones para alimentarse y usar los sanitarios.

La información sobre las horas de trabajo permite la clasificación de la población empleada de acuerdo al número de horas de trabajo y, en particular, la identificación de los trabajadores a tiempo parcial involuntario, esto es, subempleados visibles. Si bien los subempleados comparten con los trabajadores a tiempo parcial el hecho que prestan servicios por debajo de un cierto número de horas (número sobre el que no existe un acuerdo internacional), se distinguen en que el subempleo es una situación coyuntural e

involuntaria, en tanto que el trabajador a tiempo parcial voluntario está basada por lo general en acuerdo a largo plazo entre el empleado y su empleador.

Por otro lado, también pueden identificarse los trabajadores sometidos a jornadas extraordinariamente prolongadas, que se derivan de la distribución de la población empleada según estratos de horas trabajadas. Por ejemplo, se consideran sobreempleadas aquellas personas que superan las 48 horas semanales de trabajo (en caso que ése sea el límite aceptado por la legislación), y en ocasiones se miden estratos de más horas (por ejemplo, 61 y más).

Las jornadas excesivas y atípicas son frecuentemente perjudiciales para la salud física y mental e impiden conciliar el trabajo y la vida familiar; además una jornada excesiva es a menudo señal de que la remuneración por hora es insuficiente, mientras que una jornada muy breve indica muchas veces que no hay bastantes empleos.

A lo anterior se suma que los límites de horarios en el trabajo y los períodos de descanso establecidos (horarios para refrigerios, vacaciones, etc.) son disposiciones importantes para los trabajadores del sector de la salud, en la medida en que tienen una repercusión directa en la calidad de los servicios que prestan y por ende en el logro de los objetivos de salud fijados.

En Argentina, según datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación en 2007, la extensión de la semana de trabajo del sector salud fue de 37,5 horas, lo que concuerda con la mayoría de los países de la Región de las Américas, donde la duración semanal del trabajo es inferior a 40 horas, con un promedio que fluctúa entre 35 y 39 horas.

No obstante esta coincidencia, la práctica al respecto de las horas de trabajo varía en los distintos países; así en algunos rige una jornada de trabajo de duración uniforme para todos los trabajadores por igual; en otros la jornada es uniforme en el sector público; en otros casos la duración normal de trabajo es la misma para todas las profesiones de la salud, pero es distinta de la que rige para el resto del servicio público y para el sector privado; en otros difiere según las distintas profesiones del sector, por ejemplo, los médicos y los dentistas suelen tener una semana de trabajo de menor duración que los conductores de ambulancia.

Al cuantificar la jornada laboral, también se hace necesario tener en cuenta el pluriempleo, ya que es frecuente que los trabajadores del sector salud tengan 2 o más empleos.

El pluriempleo está ligado a un conjunto diferente de causas. Por un lado, el aumento del trabajo a tiempo parcial lo facilita. De otra parte, la baja de las remuneraciones impulsa a obtener ingresos de distintas fuentes. Por último, el desarrollo de un mercado “dual” de trabajo, lo viabiliza, combinando mejores salarios y condiciones de trabajo en el sector privado, o protección social y otros beneficios con bajos salarios, en el sector público.¹⁰

En Argentina, el 18,4% de los trabajadores de salud, durante el primer semestre del 2006, tenía dos o más empleos, y del resto de los sectores solo el 8,2% de los trabajadores estaba en esta situación.

En cuanto a los descansos como vacaciones, en el sector los días de vacaciones se incrementan en forma proporcional a la antigüedad del trabajador. La duración del período vacacional mínimo es de quince días hábiles, y el trabajador percibe su salario normal durante estos días; para lo cual es requisito el haber trabajado al menos un año con el mismo empleador.

Lo antedicho se cumple solo para los trabajadores “de planta permanente”, es decir que este beneficio no lo tienen aquellos trabajadores temporales, subcontratados o monotributistas.

Salud y Seguridad Ocupacional de los trabajadores de salud:

Accidentes y enfermedades ocupacionales.

Según cálculos de la OIT, todos los años mueren en el mundo más de dos millones de trabajadores por accidentes y enfermedades laborales, cuyo costo se estima que oscila entre el 1 por ciento y el 6 por ciento del PBI. Aunque el costo se reparte entre la sociedad, las empresas y los trabajadores, estos últimos son, con creces, los más perjudicados.

Así, un Accidente de Trabajo (AT) es la ruptura en el equilibrio necesario entre el hombre y sus condiciones de trabajo. Es un evento no planeado, dado en la relación compleja del individuo y su ambiente de actividad productiva, que da como resultado un deterioro de esa relación. Representa un daño físico y un sufrimiento para el trabajador y daños para el proceso productivo (pérdidas de tiempo y productividad, roturas de equipos, pérdida de materiales, etc.).

Las Enfermedades Laborales (EP) son aquellas que se producen por acción directa y exclusiva de un agente de riesgo presente en el ambiente de trabajo. Causan, en el

trabajador, alteraciones que pueden ser reversibles, irreversibles (incapacidad o muerte) o ser trasladadas a sus descendientes. La ley 24557 de la República Argentina establece un listado de estas luego, la OMS introdujo el termino Enfermedad Relacionada con el Trabajo, con el objetivo de vigilar a aquellas enfermedades cuyo agente causal no es exclusivamente el trabajo, pero son enfermedades que pueden verse desencadenadas, agravadas o aceleradas por factores de riesgo presentes en el medio ambiente de trabajo. Un ejemplo de esto es la alta incidencia de enfermedades infecciosas en lugares de trabajo con escaso/nulo saneamiento básico como suelen serlo los trabajos de minería, agricultura, construcción, entre otros.

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) de la Argentina es el organismo estatal encargado de controlar el cumplimiento de las normas de Salud y Seguridad en el trabajo, controlar a las aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), garantizar que se otorguen las prestaciones médico-asistenciales y dinerarias en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y promover la prevención para conseguir ambientes laborales sanos y seguros.

Para organizar los datos referentes a AT y EP, la SRT utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), la cual es una herramienta que organiza los empleos en una serie de grupos definidos en función de las tareas que comporta cada empleo, existen diversas, CIUO y los países eligen cual utilizar; así, Argentina utiliza la CIUO Rev. 2 de 1968; esta Clasificación se compone de Grandes Divisiones (clave de un dígito), Divisiones (clave de dos dígitos), Agrupaciones (clave de tres dígitos) y Grupos (clave de cuatro dígitos).

Según datos de la SRT, para el 2008 el total de trabajadores cubiertos dentro de la categoría Servicios médicos y odontológicos, otros servicios de sanidad y veterinaria (grupo 933 de la CIUO Rev. 2) donde se agrupan, entre otros, los trabajadores de la salud fue de 222.323 y para el año 2009 fue de 236.110, es decir que en un año se incorporaron al seguro de riesgos del trabajo 13.787 trabajadores; esto puede deberse, en parte a la implementación de algunas políticas de desprecuarización laboral llevadas a cabo en el país, como el pase a planta permanente de parte de los trabajadores monotributistas (en su mayoría profesionales).

Como se menciona en el párrafo anterior, el sector salud se encuentra incluido en el grupo 933 de la CIUO Rev. 2, que nuclea a Servicios médicos y odontológicos, otros servicios de sanidad y veterinaria. Es decir, en lo que refiere a publicaciones de datos sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, los trabajadores de la salud

no están contemplados de manera separada de otros trabajadores a pesar de que las especificidades de su tarea lo ameritan. En lo que refiere a Casos notificados de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, durante el 2008 la SRT registró un total de 18.968 para el sector.

Resulta interesante aquí recalcar que, del total de los accidentes mencionados en el cuadro anterior, el 73% fueron protagonizados por mujeres y solo el 27% por varones. En nuestro país, el sistema de aseguramiento de riesgos del trabajo es privado, es decir que la cobertura de riesgos está a cargo de aseguradoras de capitales privados.

Iniciativas para la mejora condiciones de trabajo en el sector salud.

En los últimos años un conjunto de iniciativas mundiales buscan promover mejoras en las condiciones de trabajo y empleo; nuestro país ha adherido a muchas de estas iniciativas, es por esto que la Ley N° 25.877, de Ordenamiento del Régimen Laboral de marzo de 2004, dispone que el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) debe promover la inclusión del concepto de trabajo decente en las políticas nacionales, provinciales y municipales.

El Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2005-2015, propone alcanzar una serie de objetivos estratégicos para el 2015, entre los cuales se prevé: definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente. Entre las principales acciones se destacan las orientadas a:

Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.

Reglamentar las migraciones y desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que se proteja el acceso a la atención de salud para toda la población.

Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones formadoras (universidades y escuelas) y las instituciones de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.

Además, el Plan se propone alcanzar una serie de objetivos estratégicos para el 2015, entre los cuales se pueden citar, por su pertinencia, los siguientes:

-Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.

Objetivo 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.

Objetivo 2: La proporción regional y sub - regional de médicos de atención primaria excederá el 40% de la fuerza laboral médica total.

Objetivo 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

Objetivo 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.

Objetivo 5: Todos los países de la Región habrán establecido una dirección estratégica para los recursos humanos de salud que permita abordar la formulación de políticas de recursos humanos y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.

-Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Objetivo 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

Objetivo 14: El ausentismo atribuible a los accidentes y las enfermedades ocupacionales habrá disminuido 30% en todos los países.

Objetivo 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud satisfarán requisitos específicos de aptitudes para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.

Objetivo 16: El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten. (OMS-OPS 2007).

Objetivo generales.

Reconocer las especificidades de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT) de los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María de la provincia de Córdoba.

Objetivos específicos.

1. Describir las condiciones de trabajo en el Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María de la provincia de Córdoba.
2. Caracterizar el ambiente de trabajo donde se desempeñan estos trabajadores.

Materiales y Métodos.

Tipo de estudio y diseño.

Se diseñó un estudio exploratorio, de corte transversal, el mismo se desarrolló entre los meses de junio-julio del año 2010, en donde se aplicó de manera autoadministrado el instrumento titulado “*Pesquisa sobre condiciones de salud y trabajo*”.

Población y muestra.

La población fueron los 200 trabajadores del hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María.

Unidad de análisis: los trabajadores del Hospital referente de área Vicente Agüero de Jesús María de la provincia de Córdoba.

Para el procedimiento de selección de los trabajadores se optó por un muestro Aleatorio Simple. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando como proporción de los trabajadores ($N = 200$), y admitió a la estimación aprobada de error del 5%. Para los cálculos se utilizó el programa STATS.

Con un error del 5% un nivel de confianza del 95% y nivel de heterogeneidad del 30% el tamaño de la muestra arrojado por el programa stats fue de 124 trabajadores. Los trabajadores fueron escogidos por sorteo e invitados a participar voluntariamente en la investigación, aquellos que no aceptaron fueron reemplazados por otros trabajadores

elegidos con la misma metodología. Las encuestas que se encontraban sin respuestas en algunas variables se descartaban y se volvía a sortear otro trabajador hasta completar la cantidad de encuestas respondidas.

El instrumento se divide en 3 bloques, el primero recoge información sociodemográfica indagando sobre el sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación y situación conyugal del encuestado.

El segundo bloque toma diversos datos generales del trabajo, tomando como variables la antigüedad, las capacitaciones brindadas por la institución, la situación contractual con la institución, el turno de trabajo, la jornada de trabajo y la presencia de otro/s empleos.

En el último bloque, que trata sobre el ambiente de trabajo, se recogen datos de las variables: condiciones edilicias, recursos y equipamientos disponibles, presencia de riesgos biológicos, físicos y químicos, riesgos ergonómicos, inmunizaciones, organización de la tarea, organización de descansos en el trabajo. A continuación de definen y operacionalizan las variables estudiadas.

Variables.

A continuación de definen y operacionalizan las variables estudiadas:

Variables Socio- demográficas.

Sexo

Definición nominal: Diferencias anatómicas y funcionales que caracterizan al hombre de la mujer.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

- Mujer.
- Hombre.

Edad

Definición nominal: Tiempo en años cumplidos desde el nacimiento del trabajador hasta el momento en que fueron recolectados los datos.

Definición operacional: esta variable se indagó solicitando al encuestado escriba cuantos años tenía al momento de ser encuestado, luego al procesar los resultados, se realizó la categorización de este dato en grupos, de manera de poder compararlos, finalmente, la clasificación de los grupos etéreos resultó en:

- Adulto Joven, desde los 18 a los 45 años.
- Adulto Maduro, desde los 46 a los 64 años.

Hijos:

Definición nominal: se consultó si el trabajador tiene o no hijos.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

-Si.

-No.

Situación Conyugal:

Definición nominal: situación actual conyugal del encuestado.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

-Soltero.

-Casado.

-Concubinato.

-Viudo.

-Divorciado.

Nivel de instrucción:

Definición nominal: grado máximo de estudio alcanzado.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

- Primario: Trabajadores que han cursado algunos o todos los años de la escuela primaria.

- Secundario: Trabajadores que han cursado algunos o todos los años de la escuela secundaria.

- Terciario: Trabajadores que han cursado algunos o todos los años de este nivel.

- Universitario: Trabajadores que han cursado algunos o todos los años de este nivel.

- Especialidad: Trabajadores que han llegado a este nivel.

- Magíster: Trabajadores que han llegado a este nivel.

Ocupación:

Definición nominal: tarea que realiza el trabajador en el equipo de salud en el momento en que fueron recolectados los datos.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

- Medico/a.

- Enfermero/a.

-Otros trabajadores de la salud: dentro de esta categoría se incluye a administrativos, licenciados en producción de bioimágenes, paramédicos, bioquímicos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, personal de limpieza, camilleros, personal de mantenimiento, guardia de seguridad, auxiliar de farmacia y auxiliar de servicios.

VARIABLES SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y EMPLEO.

Antigüedad en la institución:

Definición nominal: corresponde a la cantidad de años que el trabajador se desempeña en la institución.

Definición operacional: esta variable se indagó solicitando al encuestado escriba cuantos años hacía que trabajaba en la institución al momento de ser encuestado, luego al procesar los resultados, se realizó la categorización de este dato en 4 grupos, de manera de poder compararlos, finalmente, la clasificación resultó en:

- < 1 año.

- 1-10 años.

- De 10 a 20 años.

- >20 años.

Modalidad de contratación:

Definición nominal: la modalidad de contratación define las características del vínculo laboral que relacionan al trabajador con su empleador. Se considerará la relación contractual existente del trabajador con la institución al momento de ser encuestado.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

- Planta permanente es aquel trabajador incorporado definitivamente a la Administración Pública Provincial, posee estabilidad laboral lo que le permite conservar el empleo, la jerarquía y el nivel alcanzado, entendiéndose por tales, la ubicación en el respectivo régimen escalafonario y los atributos inherentes a los mismos.

-Contratado: Personal Contratado es aquel cuya relación laboral está regida por un contrato de plazo determinado cierto y presta funciones de manera personal y directa, en servicios, explotaciones, obras o tareas especiales y/o de naturaleza excepcional. No goza de estabilidad laboral ni recibe pago adicional.

-Monotributistas; es aquel personal que se emplea para la ejecución de determinados servicios, explotaciones, obras o tareas de carácter temporario, eventual o estacional y que, por estas mismas características y/o por necesidades del servicio, no convenga o no fuere posible realizar con el personal de la Planta Permanente. Este trabajador no cuenta con estabilidad laboral y debe abonar en forma particular, su jubilación, seguro.

Jornada de trabajo semanal:

Definición nominal: cantidad de horas semanales que cumple el trabajador en la institución. Las normas y acuerdos referidos a la limitación de las horas de trabajo se expresan normalmente en horas de trabajo diarias y horas de trabajo semanales. La jornada de trabajo semanal, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), no debe exceder las 45 horas semanales, considerándose hasta ese límite “jornada laboral decente”.

Al parecer las reformas del sector han afectado negativamente las horas extraordinarias y las modalidades atípicas de ordenación del tiempo de trabajo.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

- 35 o menos Hs Semanales.
- De 36 a 45 Hs Semanales.
- De 46 a 59 Hs Semanales.
- Más de 60 Hs Semanales.

Pluriempleo:

Definición nominal: coexistencia temporal de dos o más empleos al momento de ser encuestado el trabajador. Sean propios del sector salud o ajenos al mismo.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

- Si
- No

Variables sobre Ambiente de trabajo.

Condiciones edilicias:

Definición nominal: se consideran en esta variable aspectos que hacen a las condiciones físicas del ambiente de trabajo, tales como su infraestructura, ventilación, temperatura e iluminación habituales en el lugar de trabajo.

Definición operacional: para medir esta variable, en cada uno de los ítems se propuso una escala tipo Likertt con 3 opciones; así en el caso de preguntar al encuestado por la ventilación del espacio donde realiza su tarea, cantidad de sillas y mesas en su lugar de trabajo y cómo son los recursos técnicos y equipamiento del que dispone para trabajar se propusieron 3 opciones, de las cuales el encuestado debía elegir una marcando con un círculo la opción deseada, estas fueron:

-Optima.

-Aceptable/Suficientes.

-Escasa.

Cuando se indagó sobre la temperatura e iluminación del espacio donde realiza su tarea, el encuestado debió elegir, también marcando con un círculo la opción deseada, entre las opciones:

-Adecuada.

-Relativamente adecuada.

-Inadecuada.

Equipamientos de protección individual:

Definición nominal: insumos y equipamientos de prevención y protección de accidentes y enfermedades profesionales con los que cuenta el personal, habitualmente, para desarrollar su tarea. Utilización de los mismos.

Definición operacional: esta variable se midió solicitando al encuestado que marque con un círculo la respuesta elegida (solo una), las opciones fueron:

-Sí.

-No.

Riesgos biológicos, físicos, químicos y Ergonómicos:

Definición nominal: La situación de trabajo, suma de actividad humana y tecnología, puede ocasionar perturbaciones medioambientales que generen situaciones de riesgo. Los principales factores de riesgo a los que pueden estar expuestos los trabajadores en general que pueden ser biológicos, mecánicos, físicos, químicos, psicológicos y sociales. Debe considerarse la manipulación y/o exposición, por parte de los trabajadores, a materiales biológicos (sangre, heces, orina, saliva, líquido amniótico), radiación ionizante (Rayos X, Tomografía, Radioterapia, Quimioterapia), ruidos, gases anestésicos, antisépticos, agentes citotóxicos y medicamentos que resultan un riesgo para la salud de los mismos. En lo que refiere a los Riesgos Ergonómicos, se refiere a los riesgos a que se exponen los trabajadores al realizar actividades, movimientos y

posturas que deben adoptar habitualmente los trabajadores para desarrollar su tarea y que resulta un riesgo para la salud de los mismos.

Definición operacional: para medir esta variable se indagaron varios ítems: Contacto con materiales biológicos, contacto con antisépticos, adopción de posturas durante la labor que generen dolor o malestar fuera del trabajo, bipedestación prolongada durante la jornada laboral, caminar mucho durante la realización de su tarea, manipulación manual de cargas con peso excesivo; para medirlos se propuso una escala tipo Likertt con 4 opciones de las cuales el encuestado debía elegir una marcando con un círculo la opción deseada, estas fueron:

-Nunca.

-Raramente.

-Frecuentemente.

-Siempre.

No se realizó en este trabajo la valoración de los riesgos Psicosociales, por requerir éstos una metodología específica de estudio.

Inmunizaciones:

Definición nominal: Nivel de protección de los trabajadores contra enfermedades inmunoprevenibles mediante la vacunación. Se consideraran las vacunas obligatorias para el personal de salud según la legislación vigente.

Definición operacional: para medir esta variable se preguntó al trabajador si se había colocado las siguientes vacunas: Hepatitis B en los últimos 5 años, triple viral (rubéola, sarampión y paperas), varicela, antitetánica e influenza. Dado la naturaleza de la respuesta, las opciones fueron 2 y el encuestado debía marcar con un círculo la opción deseada, estas opciones fueron:

-Sí.

-No.

Instrumentos o técnicas de recolección de datos.

El instrumento que se aplicó es una encuesta autoadministrado diseñada por investigadoras del núcleo de educación en salud colectiva (NESCON) de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais titulado “Pesquisa sobre condiciones de salud y trabajo”. Dicho instrumento ha sido aplicado en diversas investigaciones sobre condiciones de salud de los trabajadores en diferentes contextos de salud y validado por las autoras. Esta encuesta tiene por objeto, hacer un diagnóstico de las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Explorando sobre el perfil del empleo, las características del empleo y las condiciones del medio ambiente de trabajo.

Plan de análisis de los resultados

Los datos surgidos de las encuestas serán capturados en una base de datos para su procesamiento y análisis posterior. Para ello se utilizara el programa SPSS15.0 para Windows. El programa computacional SPSS para Windows en su versión 15.0, permitió realizar el análisis estadístico descriptivo de los datos con el objeto de explorar el comportamiento de las variables en general (frecuencias y medidas de tendencia central). Además de realizar cruzamientos de variables, tablas de contingencia utilizando el estadístico Chi-cuadrado, evaluando la asociación entre las características sociodemográficas, condiciones de trabajo, empleo y medio ambiente de trabajo de los trabajadores, especialmente los eventos con la mayor prevalencia en la población estudiada.

Resultados.

La información obtenida mediante el trabajo de campo se presenta organizada en apartados. Inicialmente se presentan los datos de caracterización de la muestra estudiada y posteriormente los correspondientes a las demás variables estudiadas.

a. Características Sociodemográficas de la muestra.

De la población de trabajadores estudiada el 28,6 % son de sexo masculino y el 71,4 % de sexo femenino. Los datos publicados por el Ministerio de salud de la Nación en el año 2007 sobre la composición desagregada del sector en cuanto a su composición por sexos, arrojan que el 68,1% de los trabajadores del sector son mujeres. Al respecto, Novick menciona que existe una tendencia a la feminización del sector salud desde 1960 hasta la fecha¹¹, lo que resulta un punto importante a tener en cuenta en el análisis de las condiciones y medio ambiente de trabajo desde una perspectiva de género. En lo que refiere a su distribución etárea, el 41,9 % de los participantes tiene entre 20 y 40 años de edad; el 31,6 % entre 41 y 50 años y el 26,5 % entre 51 y 65 años. Respecto a la situación conyugal de los encuestados se declaran estar casados el 50,4 %, el 16,8 % solteros, el 13,5% en pareja, el 18,5% divorciados y 0,8 % viudos. La distribución por ocupación/profesión, es del 32,6 % son enfermeras/os; el 38,6 % otros trabajadores; el 28,6 % son médicos/as. La categoría “otros trabajadores de la salud” está conformada por las siguientes ocupaciones/profesiones: administrativos/secretarias, psicólogos, licenciados en producción de bioimágenes, paramédicos, trabajadores sociales, odontólogos, camilleros, personal de mantenimiento, bioquímicos. De los trabajadores encuestados el 37,8 % no posee título universitario; el sector salud es un sector altamente profesionalizado existe mayor concentración de profesionales que en otros sectores económicos donde solo el 19,2 % son profesionales universitarios. En la tabla 1, que se expone a continuación, se resumen los datos sobre la composición de la muestra según sexo, edad, situación conyugal, nivel de instrucción y ocupación.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los trabajadores encuestados.

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|--------------------|------------|-------------|
| Sexo | Femenino | 85 | 71,4 |
| | Masculino | 34 | 28,6 |
| Edad | 20 a 40 | 49 | 41,9 |
| | 41 a 50 | 37 | 31,6 |
| | 51 a 65 | 31 | 26,5 |
| Situación conyugal | Soltero | 20 | 16,8 |
| | Casado | 60 | 50,4 |
| | En pareja | 16 | 13,5 |
| | Viudo | 1 | 0,8 |
| | Divorciado | 22 | 18,5 |
| Nivel de instrucción | Primarios | 4 | 3,4 |
| | Secundario | 21 | 17,6 |
| | Terciario | 20 | 16,8 |
| | Universitario | 70 | 58,8 |
| | Magister | 4 | 3,4 |
| Ocupación | Médicos/as | 34 | 28,6 |
| | Enfermeras/os | 39 | 32,6 |
| | Otros trabajadores | 46 | 38,6 |

*Elaboración propia.

b. Condiciones de empleo.

En este apartado se abordan aspectos relativos a la modalidad de contratación bajo la cual los/as trabajadores/as encuestados/as desempeñan su actividad, la extensión de la jornada laboral y la presencia del fenómeno del pluriempleo.

Se encontró que el 73,1% pertenece a planta permanente, el 20,2% es contratado, el 5,9% monotributistas y el 0,8% residentes, tal como puede observarse en la tabla 2. Los trabajadores de planta permanente gozan de estabilidad laboral y mayor retribución salarial a través de los artículos del escalafón del personal de la provincia de Córdoba, donde se paga adicional por título, antigüedad. Los trabajadores monotributistas no cuentan con estabilidad pero sí de igual salario que los trabajadores de planta permanente.

El salario precario, sumado a la inestabilidad laboral lleva a los trabajadores a tener más de un trabajo. En lo referido a la presencia de pluriempleo y jornada de trabajo, el 48,8% de los trabajadores refirió que posee otro trabajo, en su mayoría en instituciones de dependencia privada. Este dato adquiere relevancia si se tiene en cuenta que más del ochenta por ciento declara trabajar 35 o más horas semanales, lo que supone que casi la mitad de los trabajadores encuestados están expuestos a jornadas laborales extraordinariamente prolongadas. Las jornadas excesivas y atípicas son frecuentemente

perjudiciales para la salud física y mental e impiden conciliar el trabajo y la vida familiar. Además, debe considerarse que una jornada excesiva es, a menudo, indicativa de que la remuneración no satisface las expectativas y/o necesidades de quien trabaja. Si tenemos en cuenta que el 71,4 % de los encuestados son mujeres se suman la doble presencia con las tareas del hogar. Para un asalariado, se puede definir la estabilidad del empleo como la probabilidad de que no se dé por concluida su relación laboral a iniciativa del empleador dentro de cierto período. El indicador para la medición del trabajo decente que OIT propone para medir estabilidad laboral es Antigüedad inferior a un año (porcentaje de trabajadores que se desempeñan desde menos de un año). De los encuestados el 10,2 % declara una antigüedad menor a 1 año mientras que el 45,8 % lo hace entre 1 y 10 años y el 44 % más de 20 años.

Tabla 2. Tipo de Vínculo contractual, Jornada de Trabajo y Pluriempleo.

| Aspecto Valorado | Frecuencia | Porcentaje | |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|------------|-------------|
| Vínculo contractual con la institución | planta permanente | 87 | 73,1 |
| | Contratado | 24 | 20,2 |
| | Monotributista | 7 | 5,9 |
| | Residente | 1 | 0,8 |
| Pluriempleo | Si, dependiente de la Municipalidad | 4 | 3,4 |
| | Si, dependiente de la Nación | 2 | 1,7 |
| | Si, en una institución privada como empleado | 35 | 29,4 |
| | Si, en una institución privada como dueño | 13 | 10,9 |
| | Si, dependiente de la provincia | 4 | 3,4 |
| | No | 55 | 46,2 |
| | Mas de una opción | 6 | 5 |
| Jornada de trabajo | 8 Hs Semanales | 4 | 3,4 |
| | 20 Hs Semanales | 4 | 3,4 |
| | 24 Hs Semanales | 7 | 5,8 |
| | 30 Hs Semanales | 15 | 12,6 |
| | 36 Hs Semanales | 46 | 38,6 |
| | 40 Hs Semanales | 39 | 32,8 |
| | 44 Hs Semanales | 4 | 3,4 |
| Antigüedad | Menor a 1 año | 12 | 10,2 |
| | 1 a 10 años | 55 | 45,8 |
| | Mas de 10 años | 52 | 44 |

*Elaboración propia.

c. Medio ambiente de trabajo.

Los aspectos físicos y de infraestructura en las que los miembros del equipo de salud deben desarrollar sus tareas, como así también las relaciones existentes entre las exigencias del trabajo y la disponibilidad de recursos para realizarlo, son analizadas en

este apartado y los datos resumidos en las figuras 1 y 2 que se muestran más abajo. De los aspectos considerados, tanto la temperatura como la iluminación de los lugares de trabajo son valoradas positivamente por la mayoría de los encuestados. También se registraron percepciones negativas con alta frecuencia al momento de valorar el estado del mobiliario y el equipamiento del nosocomio, donde aproximadamente más del cincuenta por ciento las considera como poco adecuadas o inadecuadas.

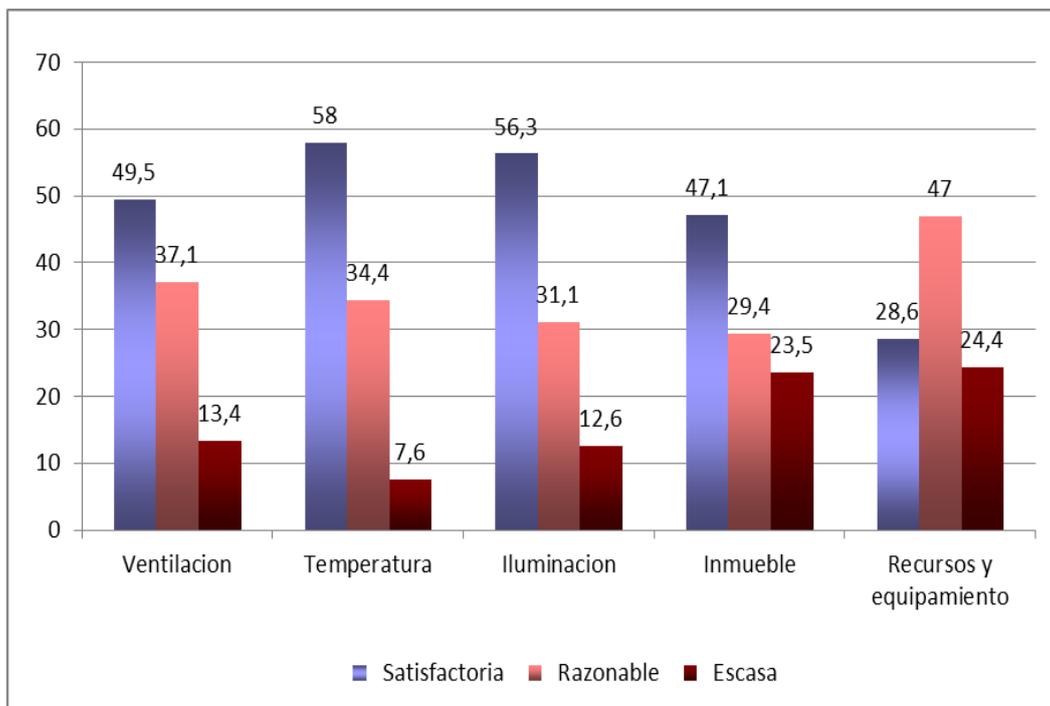


Figura 1: Distribución de frecuencias de aspectos físicos del medio ambiente de trabajo.

Por último, la relación entre las exigencias que suponen las tareas que realizan los integrantes del equipo de salud y los recursos que disponen para llevarlas a cabo fue calificada frecuentemente en forma negativa, ya que más del cincuenta por ciento las valoró de regular a muy mala.

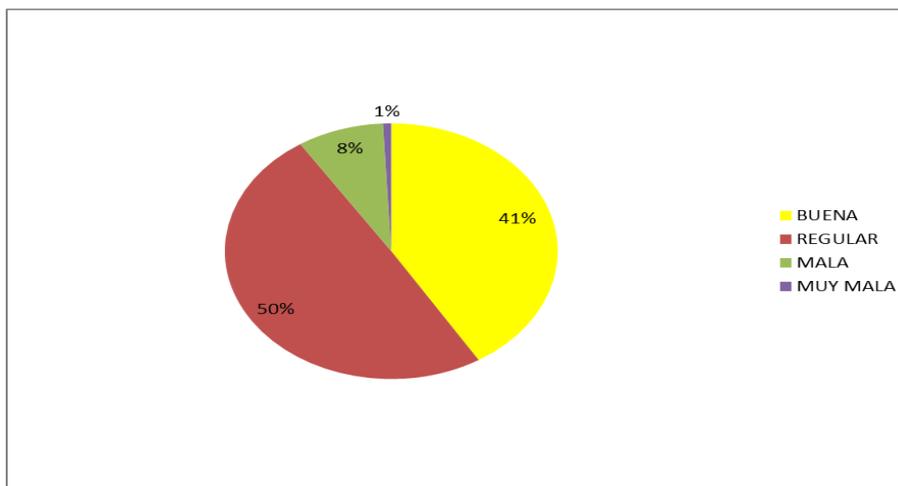


Figura 2: Distribución de frecuencias de la relación entre las exigencias en sus tareas y los recursos disponibles para su realización.

d. Condiciones de Seguridad en el lugar Trabajo.

En este apartado se exponen los resultados de la valoración efectuada por los encuestados sobre la presencia distintos factores de riesgos que condicionan la seguridad laboral de los/as trabajadores/as que se desempeñan en este nosocomio de segundo nivel de atención. En la figura 3 se resumen las frecuencias de las respuestas obtenidas al momento de valorarse aspectos relativos a la mayor exposición a riesgos y la disponibilidad de materiales y equipos de protección contra los mismos.

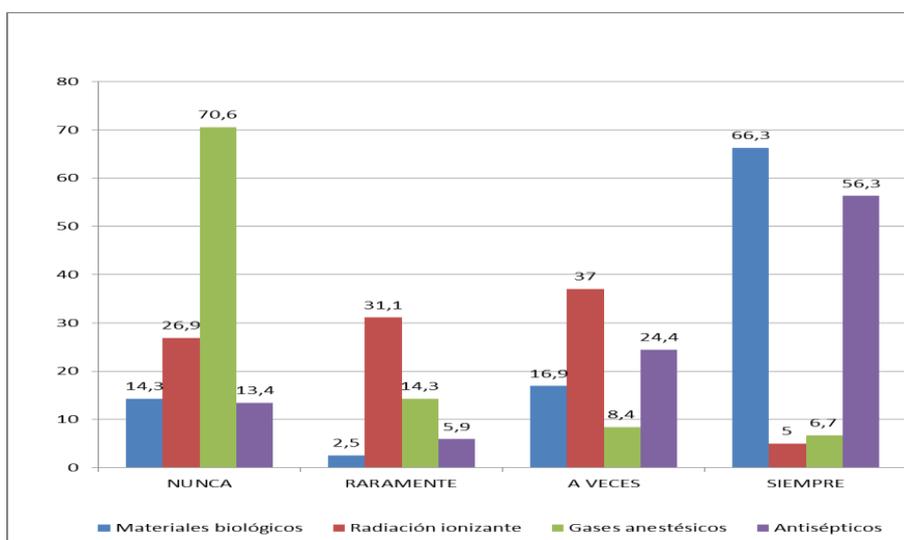


Figura 3: Distribución de frecuencias de la mayor exposición a materiales contaminantes.

En la figura 4 se valoran los aspectos relativos a la menor exposición estos riesgos. Como se mencionara en el desarrollo del diseño metodológico, los riesgos sobre los que se indagó son solo aquellos que pudieran estar presentes en centros hospitalarios de segundo nivel de atención. El contacto con materiales biológicos, tales como sangre y otros fluidos corporales, constituye uno de los factores de riesgo a los que más frecuentemente están expuestos los trabajadores del segundo nivel de atención, encontrándose que más de la mitad respondió estar siempre en contacto con materiales biológicos. La exposición a químicos, en particular antisépticos, también fue referida con elevada frecuencia por los encuestados, dado que más del sesenta por ciento manifestó estar en contacto con ellos a veces o siempre. Por otra parte, y de acuerdo a lo esperado por la capacidad resolutive de este nosocomio, la exposición a radiación ionizante, agentes citotóxicos y gases anestésicos, se presenta con una muy baja frecuencia.

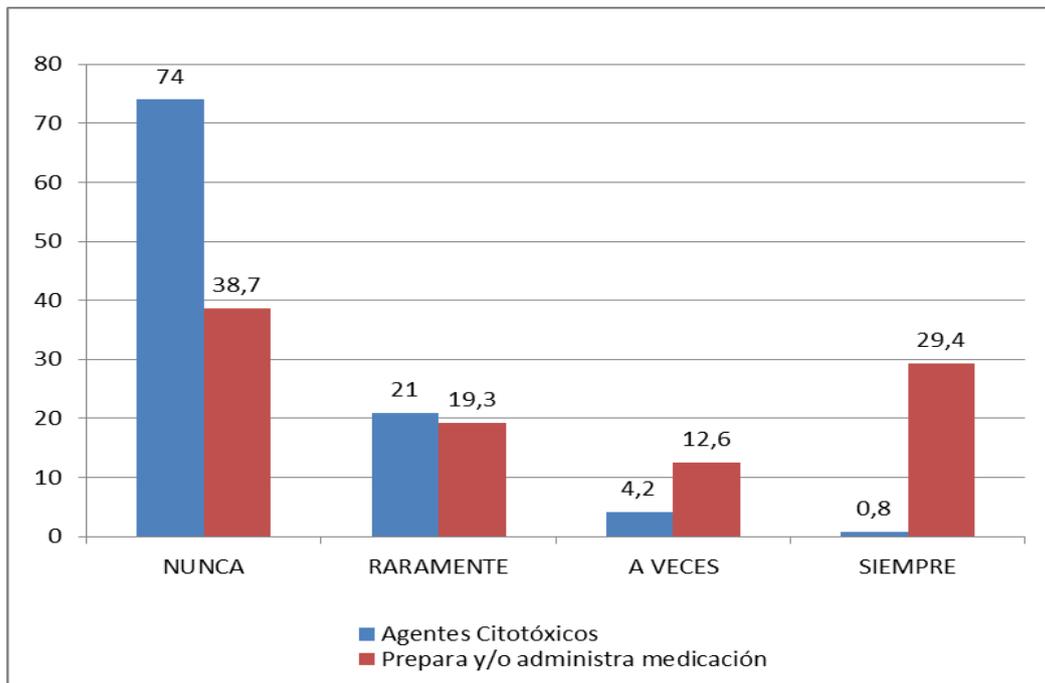


Figura 4: Distribución de frecuencias de la menor exposición a materiales contaminantes.

En la figura 5, en cuanto a la valoración sobre la existencia de equipos de protección personal a disposición de los trabajadores y su utilización, puede observarse que la disponibilidad es más baja que la utilización debido a que en menor proporción el personal suele proveerse de materiales de trabajo. No obstante, cabe destacarse la correspondencia existente entre disponibilidad y uso, es decir se refiere que cuando están disponibles estos materiales o equipos de protección personal y si son muy frecuentemente utilizados.

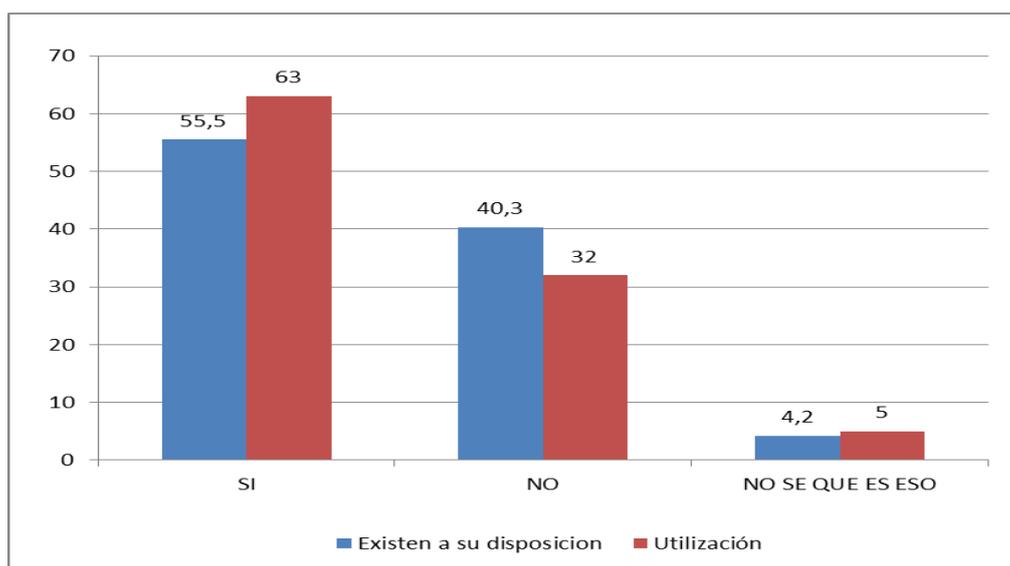


Figura 5: Distribución de frecuencias de la existencia y disposición de elementos de protección individual.

e. Condiciones Ergonómicas

La ergonomía supone la adaptación del trabajo al trabajador. En todo puesto de trabajo pueden estar presentes los denominados riesgos ergonómicos y no considerarlos conlleva diversos efectos negativos que - en general - se expresan en lesiones, enfermedad profesional, o deterioros de productividad y eficiencia.

En este estudio, las condiciones ergonómicas se valoraron desde la percepción de los trabajadores en función de sus necesidades individuales y de las características del trabajo que desarrollan, no considerándose aquí aquellas que solo puede valorar un ergónomo analizando el puesto de trabajo; como el diseño del puesto de trabajo: alturas de trabajo, espacio disponible, herramientas utilizadas, entre otras. Así, se indagó respecto de la carga física realizada: posturas forzadas, movimientos repetitivos, manejo de cargas y fuerzas efectuadas. En la figura 6 se exponen los resultados obtenidos.

Entre los trabajadores encuestados están presentes en alta frecuencia algunos de los riesgos ergonómicos valorados, así refieren en más de un 80% que adoptan posturas que generan dolor fuera del trabajo.

Además, refirieron permanecer de pie por periodos prolongados de tiempo más del 50% de los encuestados, al igual que movilizan o levantan los pacientes.

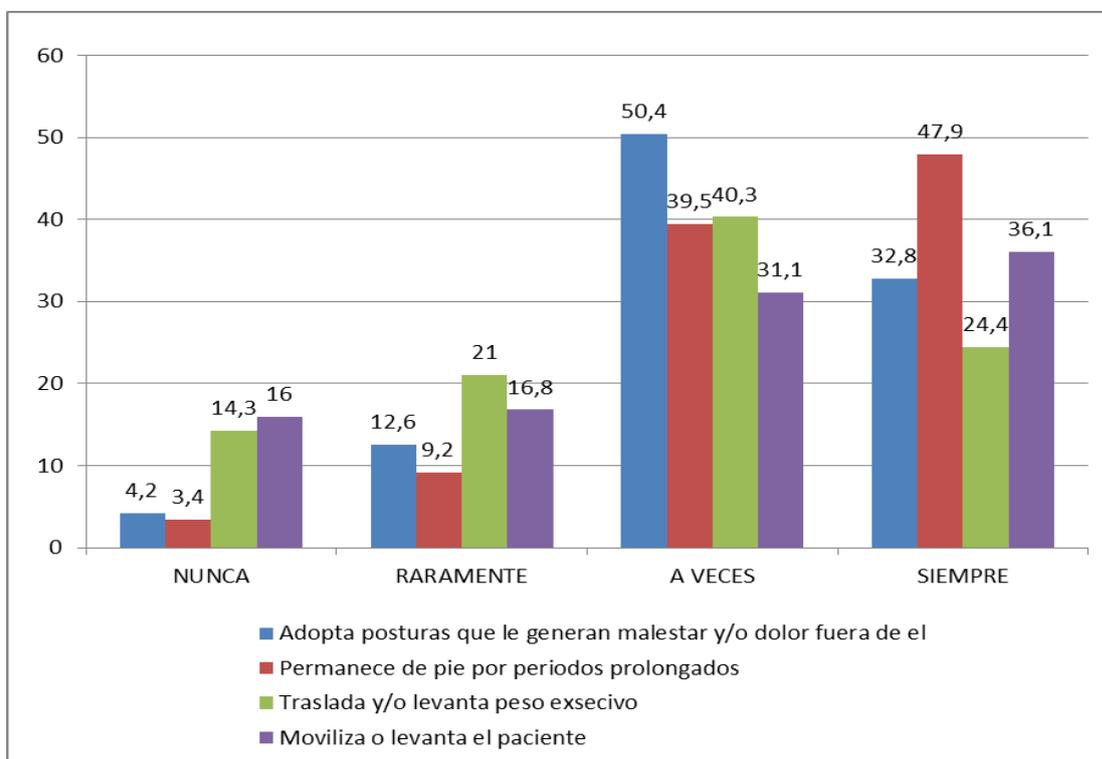


Figura 6: Distribución de frecuencias sobre los riesgos ergonómicos percibidos por los/las trabajadores/as.

f. Inmunizaciones

Debido a su contacto con pacientes o material infectado, el personal de salud se encuentra en riesgo de exposición a una posible transmisión de una enfermedad prevenible por vacuna. Por lo tanto, el mantenimiento de la inmunidad es una parte esencial de los programas de prevención y control de las infecciones.

Una correcta inmunización de los trabajadores de la salud no solo protege al personal de la adquisición de enfermedades, muchas de las cuales poseen complicaciones serias en el adulto como rubéola, varicela, hepatitis B; sino que evita que el personal actúe como fuente de propagación de agentes infecciosos entre los pacientes.

Las vacunas recomendadas para los trabajadores de la salud son contra Hepatitis B, la Triple Viral, la Antitetánica, contra la Tuberculosis, la Varicela y la Influenza.

En la figura 7 se puede ver los niveles de inmunización de los encuestados, los trabajadores encuestados están vacunados con la Triple Viral, la Antitetánica y para Hepatitis B en porcentajes mayores al 70% le sigue para Influenza en un 65,5%, pero se declaran porcentajes muy bajos de inmunización contra Varicela.

A pesar de las recomendaciones existentes, un número significativo de los miembros del equipo de salud permanece inadecuadamente inmunizado.

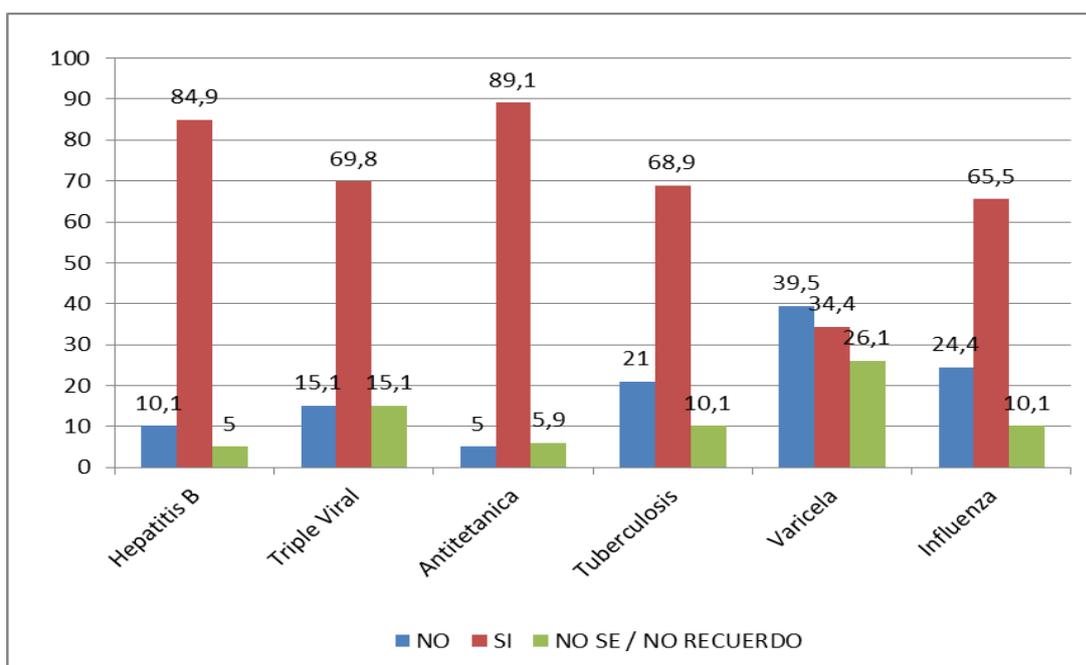


Figura 7: Distribución de frecuencias de Inmunizaciones.

g. Condiciones derivadas de la organización del trabajo

El servicio de salud se caracteriza por estar abierto las 24 hs. Los trabajadores encuestados como se muestra en la figura 8, desempeñan su trabajo en turnos rotativos de 8 hs. Distribuidos en turnos diurnos: mañana, cuyo horario es de 06 a 14 hs, tarde de 14 a 22 hs y nocturno de 22 a 06 hs; estos pueden ser rotativos y también las guardias activas de 24 hs cuyo horario es de 08 a 08hs.

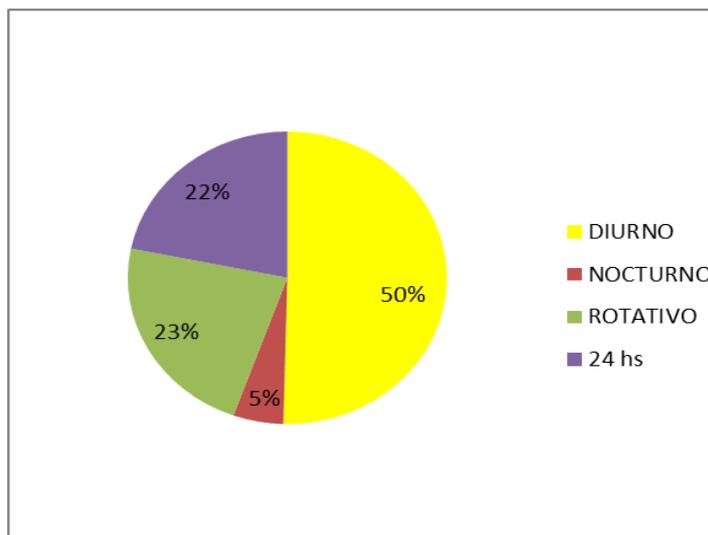


Figura 8: Distribución de frecuencias de turno de trabajo.

En las figuras 9 y 10, si bien responden negativamente cuando se le pregunta sobre si el empleador le ofrece refrigerio durante la jornada de trabajo, los empleados que pertenecen a todas las categorías de contratación se les brinda el servicio de refrigerio en el comedor del nosocomio en un horario determinado dependiendo del turno de trabajo, que no siempre puede ser utilizado por el personal de salud, ya que la atención en los diferentes servicios de internación depende de la demanda que requieren los pacientes y el receso del personal esta sujeto a ello. Por tanto un 48% a veces puede realizar pausas en la jornada laboral, raramente en un 41%, en un 8% siempre y en menor porcentaje con el 3% para el nunca.

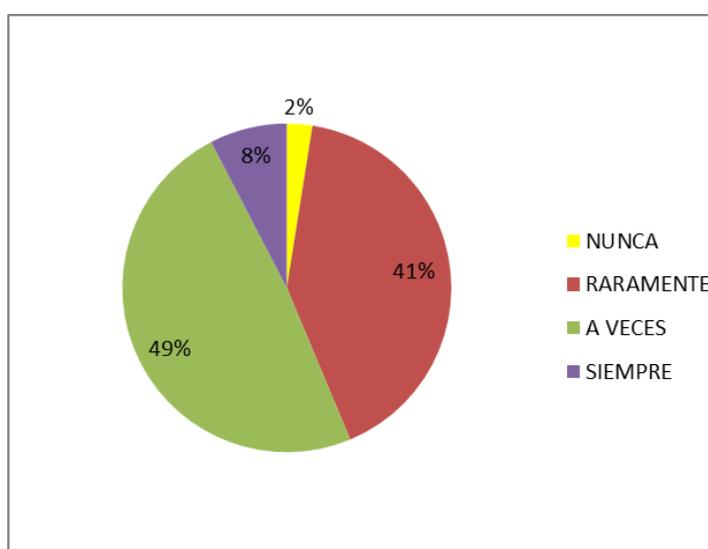


Figura 9: Distribución de frecuencias de pausas en la jornada laboral.

De los trabajadores que realizan frecuentemente pausas durante su jornada de trabajo y disponen de tiempo para alimentarse, más del 80 % manifiesta tener tiempo disponible para alimentarse y más del 60% hace pausas de descanso aparte de las establecidas en su horario de trabajo.

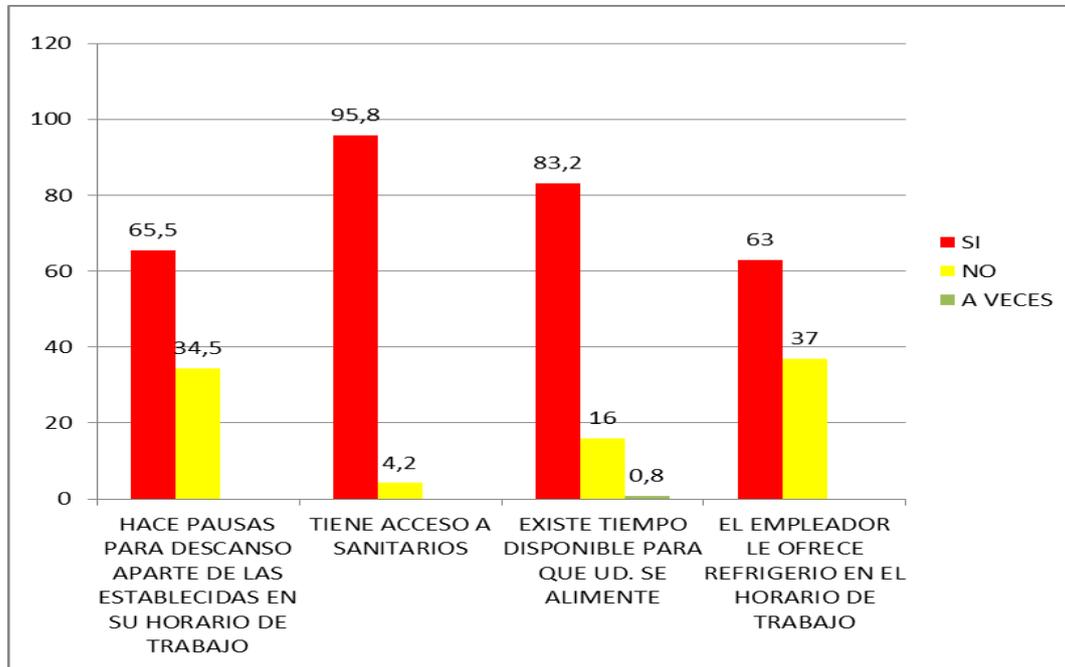


Figura 10: Distribución de frecuencias de la organización del trabajo.

h. Condiciones derivadas de las características de la tarea

El trabajo es psicosocialmente saludable cuando las demandas de la tarea están en concordancia con las aspiraciones del trabajador, cuando permite al trabajador sentir que su trabajo sirve y le ofrece la posibilidad de aplicar y desarrollar sus conocimientos y capacidades. De las características de la tarea deviene los riesgos psicosociales del trabajo, como característica de la tarea se valoró las Habilidades puestas en juego en el trabajo, el grado de autonomía, el grado e importancia de la toma de decisiones, la sobrecarga, conflicto y ambigüedad del rol.

Los trabajadores encuestados responden, tal como se observa en la figura 11, estar de acuerdo en más de un 90% en referencia a que su trabajo le requiere aprender cosas nuevas y que sea creativo, este es un aspecto positivo ya que el trabajador es sujeto activo en el desarrollo de la tarea y aumenta la confianza en sí mismo y la satisfacción

con su trabajo. Aunque es llamativo que al mismo tiempo valoren su trabajo como repetitivo en más de un 50%.

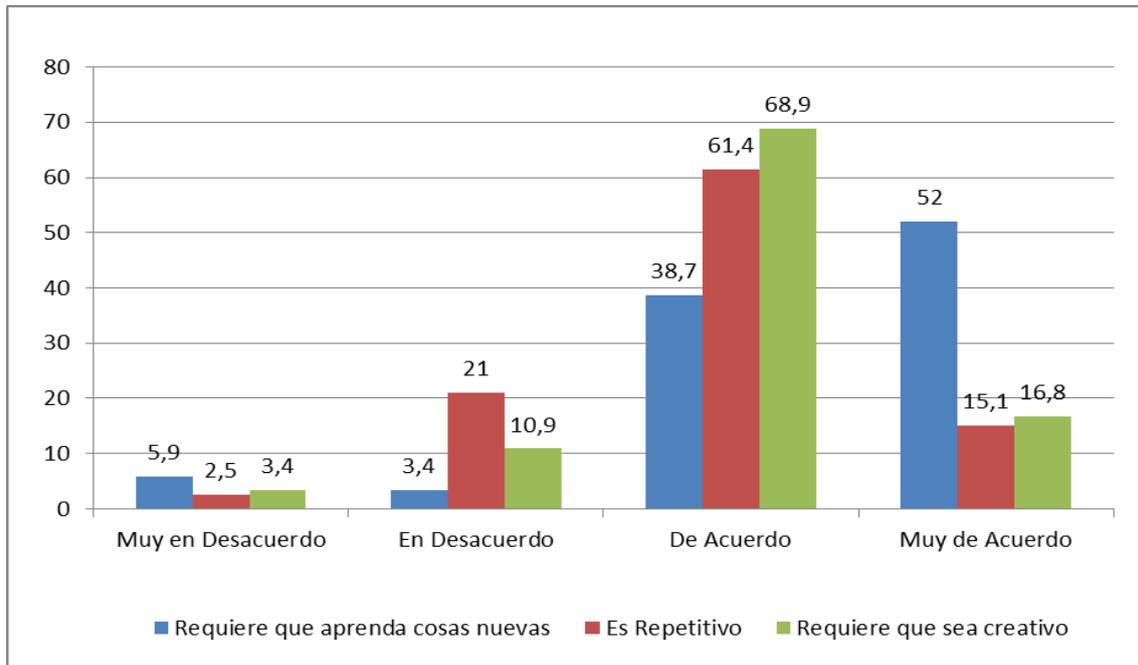


Figura 11: Distribución de frecuencias de las habilidades puestas en juego en mi trabajo.

La autonomía es el grado en que el trabajo da libertad e independencia al individuo para organizarse las tareas y determinar los métodos a usar, es decir, la libertad para organizarse el trabajo. De esta forma el trabajador tiene el control sobre sus acciones y condiciones, tiene libertad en diferentes aspectos de la tarea, pudiendo elegir y reordenar, sobre el tiempo de trabajo, determinando el ritmo, la duración y la distribución de las pausas y sobre la organización de trabajo.

El grado de autonomía en el trabajo es valorado de manera positiva por los encuestados, declarando que el mismo les permite tomar decisiones, y generar nuevas habilidades, así como el grado de importancia de la toma de decisiones (ver figura 12).

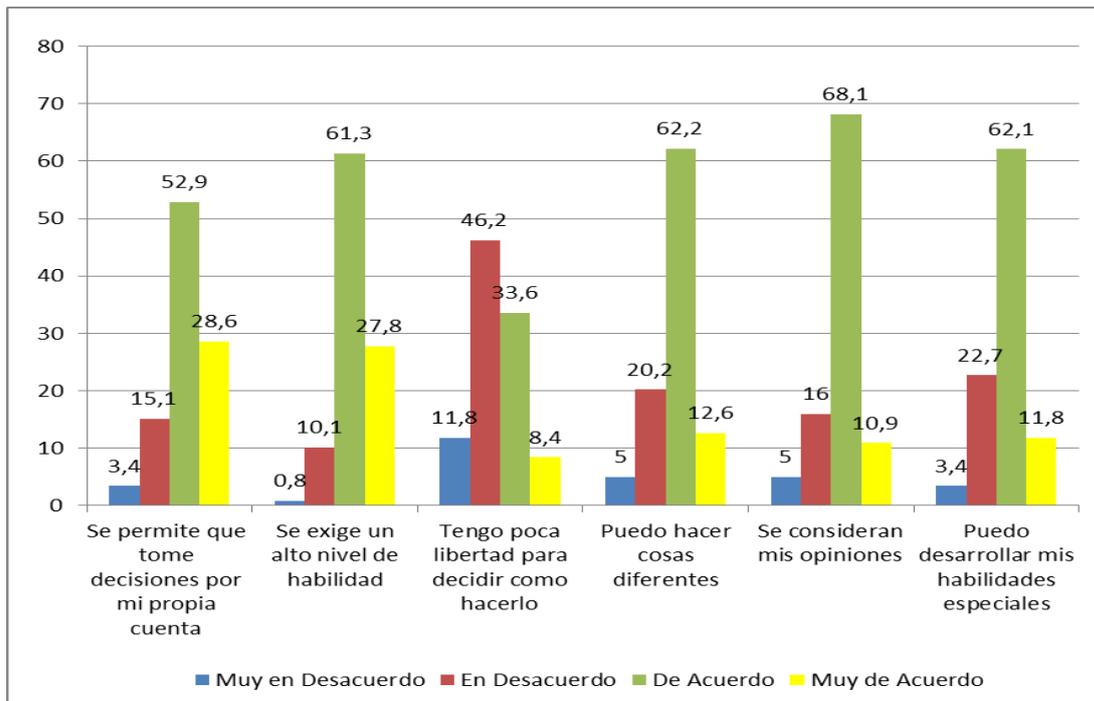


Figura 12: Distribución de frecuencias del grado de importancia en la toma de decisiones.

En las figuras 13 y 14 se observa los valores referidos a Sobrecarga, conflicto y ambigüedad del rol.

El rol es un comportamiento esperado por parte de un individuo, es el papel que jugamos en cada grupo al que pertenecemos. El conflicto de rol se da cuando las demandas de los diferentes papeles que jugamos en cada grupo entran en contradicción y aparecen exigencias contradictorias. Como realizar varias tareas diferentes y difíciles; la existencia de enfrentamiento entre distintas personas del mismo departamento ó de otro o cuando la función que ha de realizar el trabajador está en contra de sus principios.

La sobrecarga de rol, se da cuando un exceso de funciones se deben cumplir en poco tiempo mientras que la ambigüedad de rol se produce cuando el trabajador desconoce ó no tiene claros sus objetivos, responsabilidades ó procedimientos, no sabe qué hacer.

Los trabajadores están de acuerdo en referencia a que tiene que trabajar duro, y que lo deben hacer rápidamente y éste le requiere esfuerzo físico.

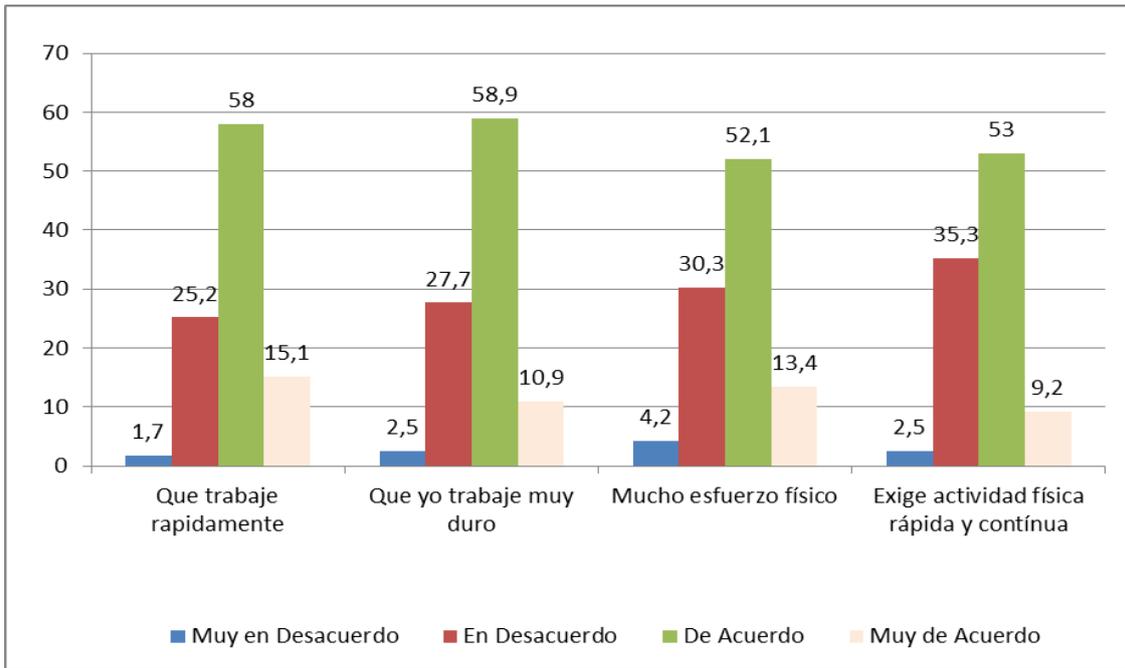


Figura 13: Distribución de frecuencias de sobrecarga, conflicto y ambigüedad del rol.

Más del 50% de los trabajadores expresa que algunas demandas del trabajo están en conflicto entre ellas, así como que utiliza el horario de descanso para terminar el trabajo (ver figura 14)

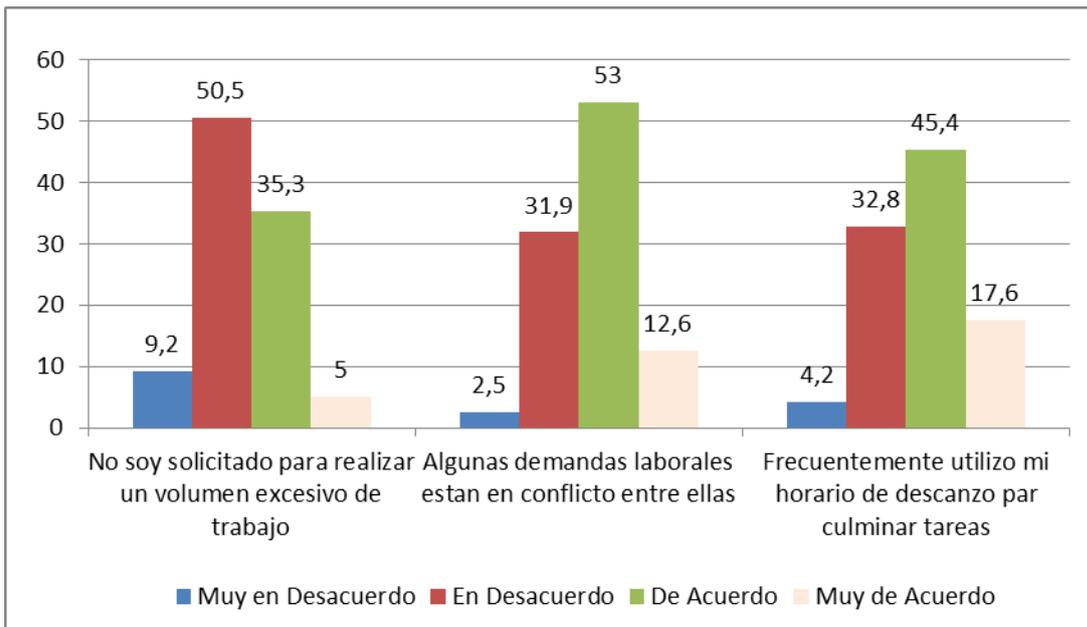


Figura 14: Distribución de frecuencias de sobrecarga, conflicto y ambigüedad del rol.

i. Condiciones derivadas de la carga de trabajo

En este apartado se valoraron los aspectos relacionados a la carga de trabajo psicológica y emocional.

Los trabajadores encuestados manifiestan estar de acuerdo respecto a que su trabajo les exige mucho emocionalmente, así como también que necesitan reprimir sus verdaderas emociones en más de un 50% (ver figura 15).

Si bien el mayor porcentaje de trabajadores responde a en desacuerdo a la consigna *Apenas me levanto comienzo a pensar en los problemas del trabajo* hay que tener en cuenta que más del 30% si percibe esta situación.

Una vez finalizado el horario laboral no consiguen desligarse de los problemas del trabajo más del 70% de los trabajadores encuestados, lo que pueden conducir a situaciones como no lograr conciliar el sueño si deje algo pendiente o por el trabajo situación que declaran en un porcentaje mayor al 40% y al 20% para las respectivas situaciones.

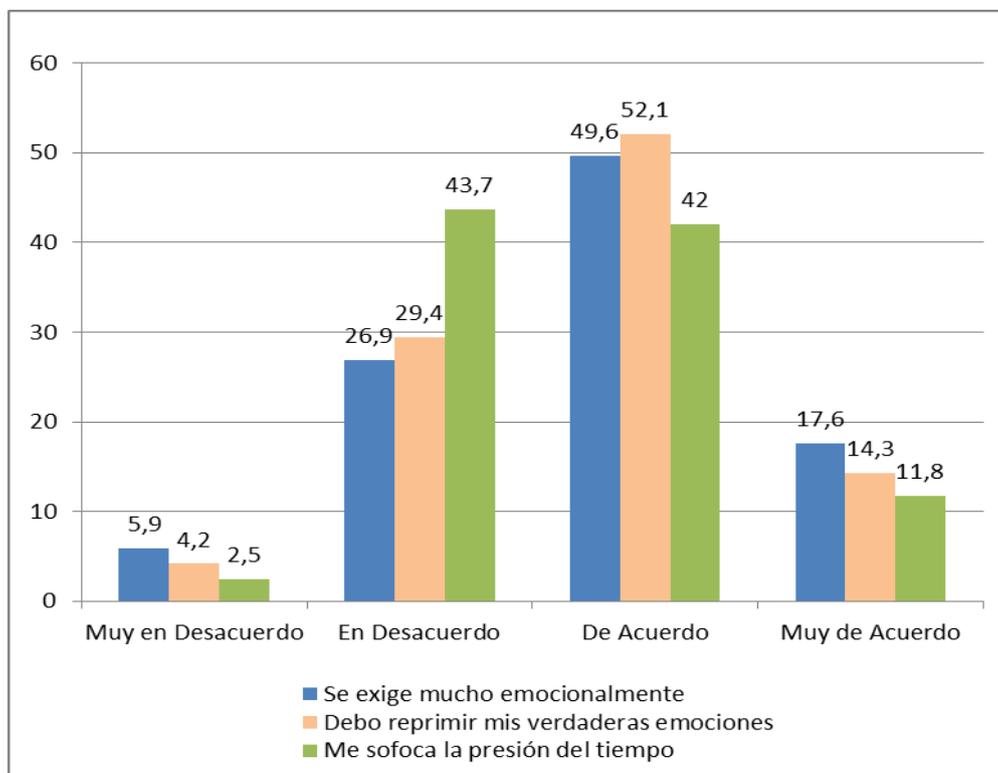


Figura 15: Distribución de frecuencias de sobrecarga psicológica y emocional.

En las figuras 15 (antes mencionada) y 16 que se exponen, se resumen los datos sobre la sobrecarga psicológica y emocional.

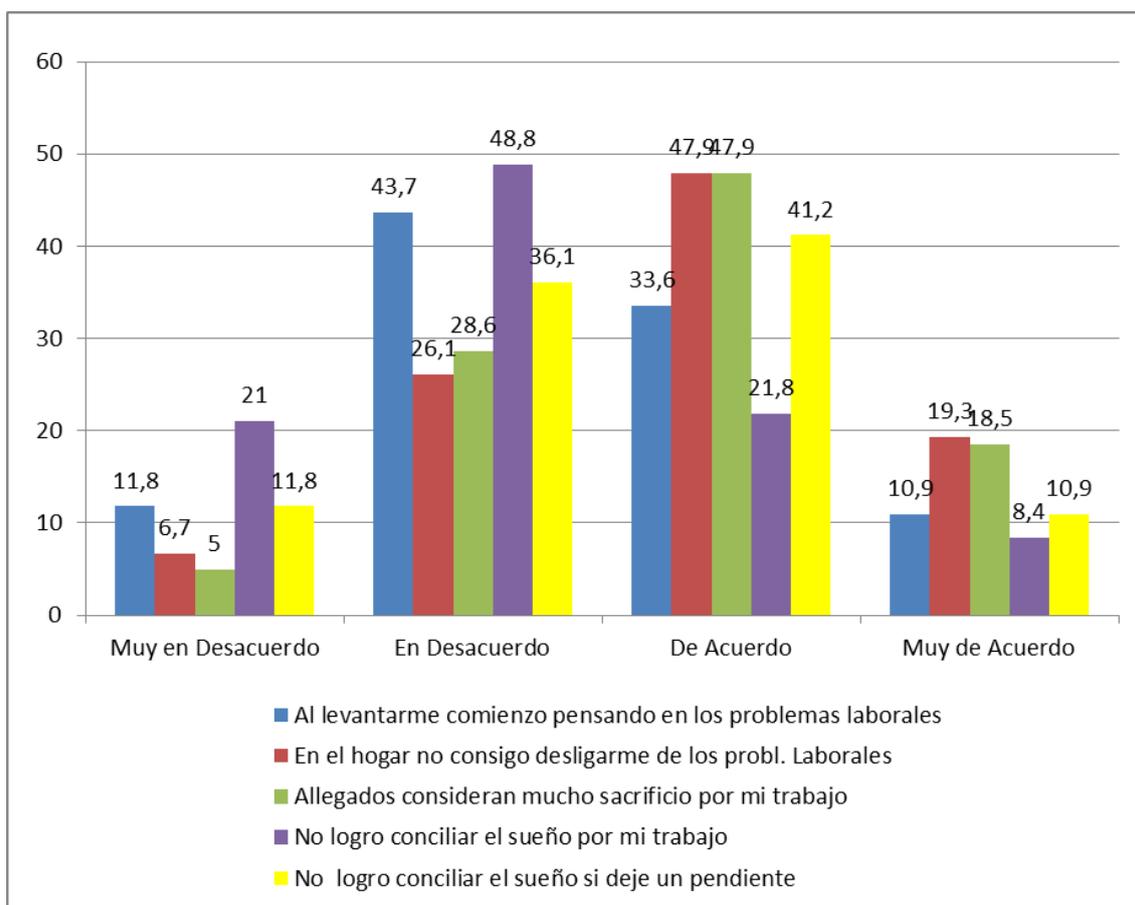


Figura 16: Distribución de frecuencias de sobrecarga psicológica y emocional.

En la figura 17 la valoración que realizan los trabajadores encuestados sobre la amplitud de la supervisión. Donde el 48,8 % está de acuerdo con que el jefe/coordinador se preocupa por el bienestar del equipo de trabajo, más del 64,7 % declara ser tratado con respeto por sus superiores.

Hay una percepción positiva respecto a la promoción del trabajo en equipo por parte de los jefes del 58 %, no así la ayuda de parte de los superiores para realizar las tareas que están de acuerdo el 47,1%.

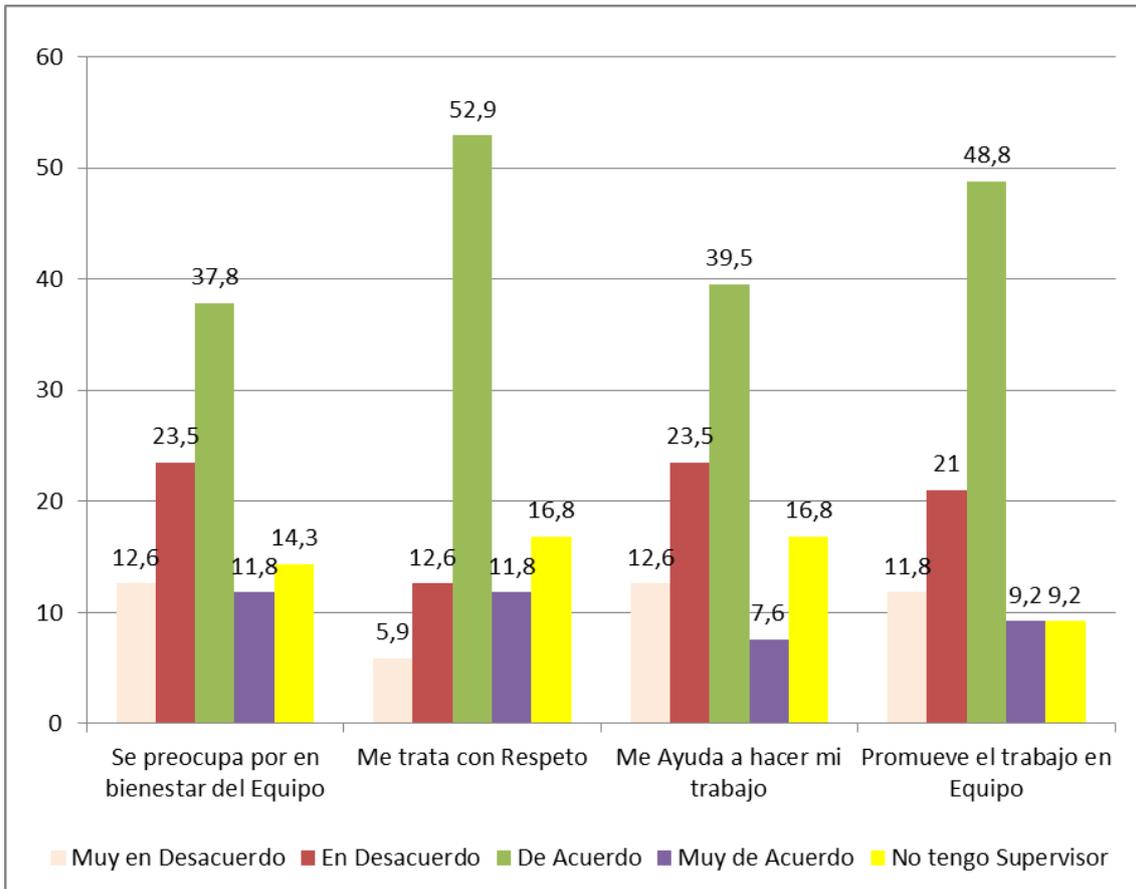


Figura 17: Distribución de frecuencias de la amplitud de la supervisión.

Las relaciones interpersonales en el contexto del trabajo ya sean formales o informales existentes entre los miembros de una institución según como se desarrollen pueden ser factores de riesgos psicosociales causantes de estrés u hostigamiento. Los trabajadores encuestados manifiestan en su mayoría que las personas con las que trabajan son amigables y se ayudan mutuamente.

Los encuestados expresan ser tratados con respeto en un 91 %, en referencia a si existe un sentimiento de unión entre las personas con las que trabaja el 63,9 % está de acuerdo.

Manifiestan que las decisiones son tomadas democráticamente en el grupo de trabajo el 68,9 % de los encuestados como se puede observar en la figura 18.

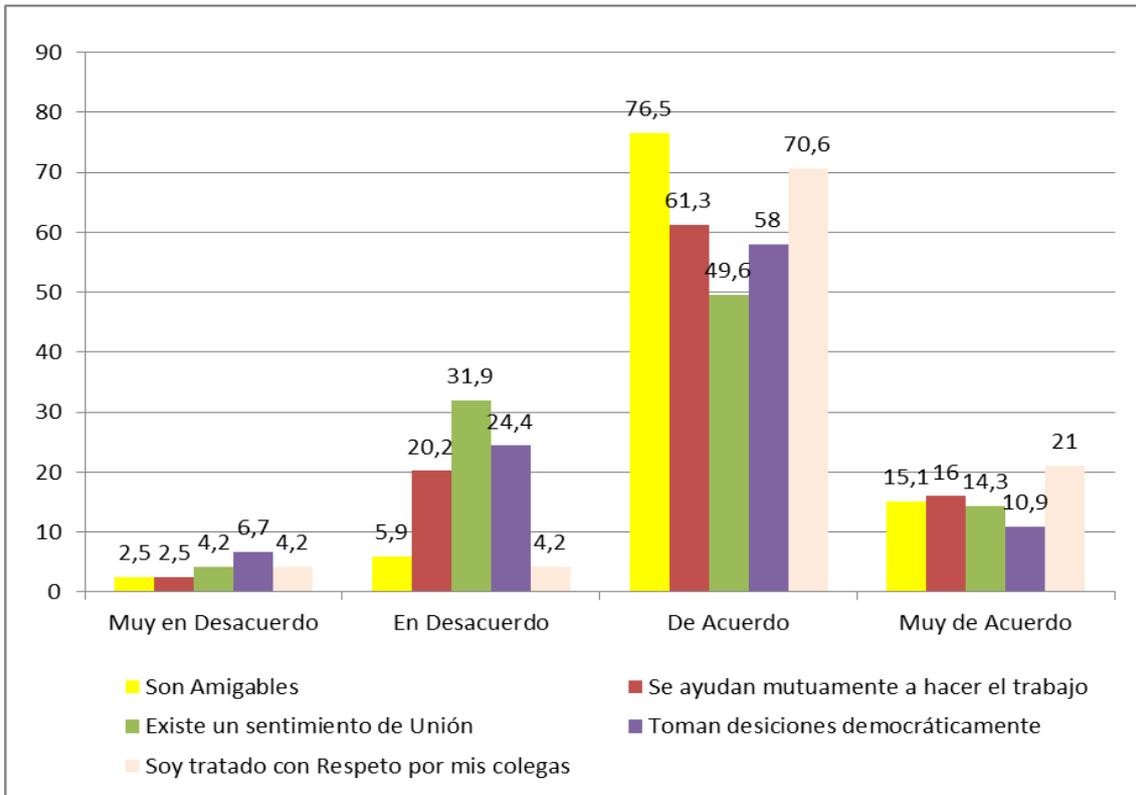


Figura18: Distribución de frecuencias. Relaciones interpersonales en el contexto laboral.

Se indago sobre la percepción de la calidad de vida y el grado de satisfacción personal y con el trabajo. De lo cual resulto que el 60 % califica si calidad de vida como buena y el 17 % como muy buena (ver figura 19).

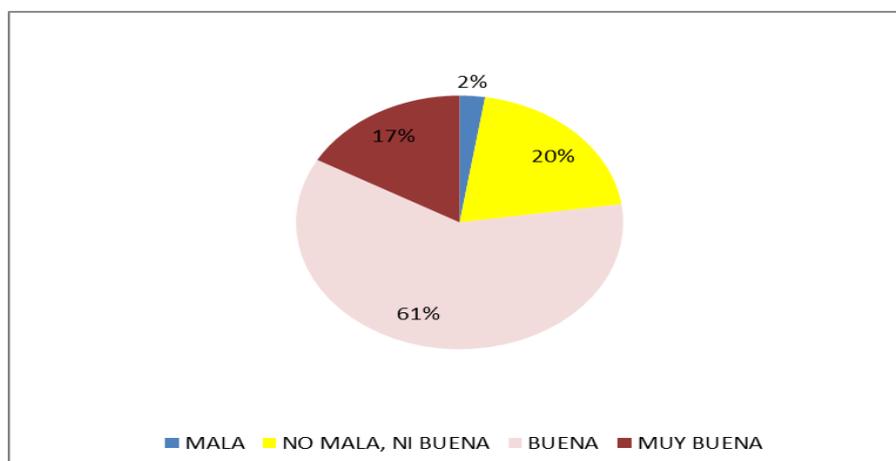


Figura 19: Distribución de frecuencias de la calidad de vida.

De los encuestados más del 80% se encuentra satisfecho con su capacidad de trabajo, mientras que más del 70% está satisfecho con sus relaciones personales y consigo mismo como puede verse en la figura 20.

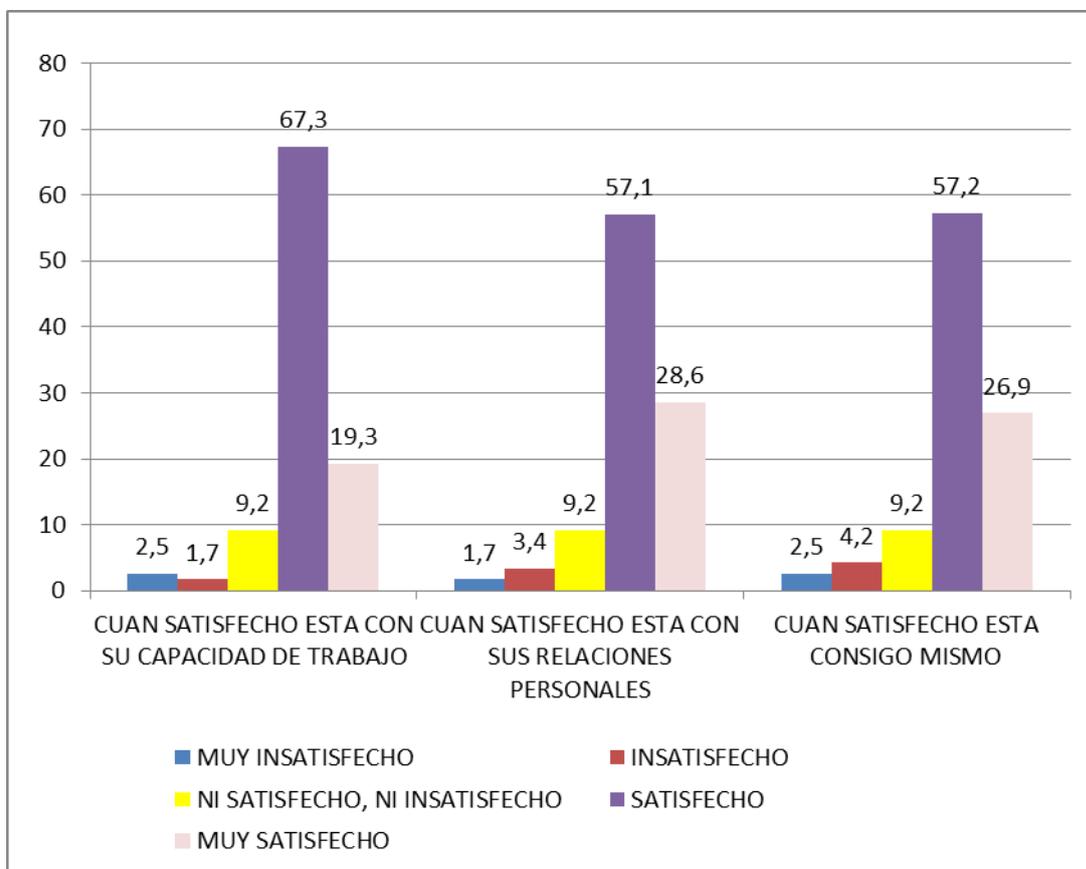


Figura 20: Distribución de frecuencias. Satisfacción laboral.

En este apartado se valoraron los aspectos relacionados a las características psicosociales del trabajo donde se indaga acerca de la valoración de esfuerzos y reconocimientos laborales. (Ver figura 21)

Los trabajadores encuestados manifiestan estar de acuerdo en más del 50 % respecto a sus posibilidades de progreso ligadas a su esfuerzo y conquistas, aunque; más del 50 % considera que no se tiene en cuenta todo su esfuerzo respeto y reconocimiento merecido. Esto esta íntimamente ligado a que más del 80 % de los trabajadores considera insuficiente su salario en relación a estos esfuerzos.

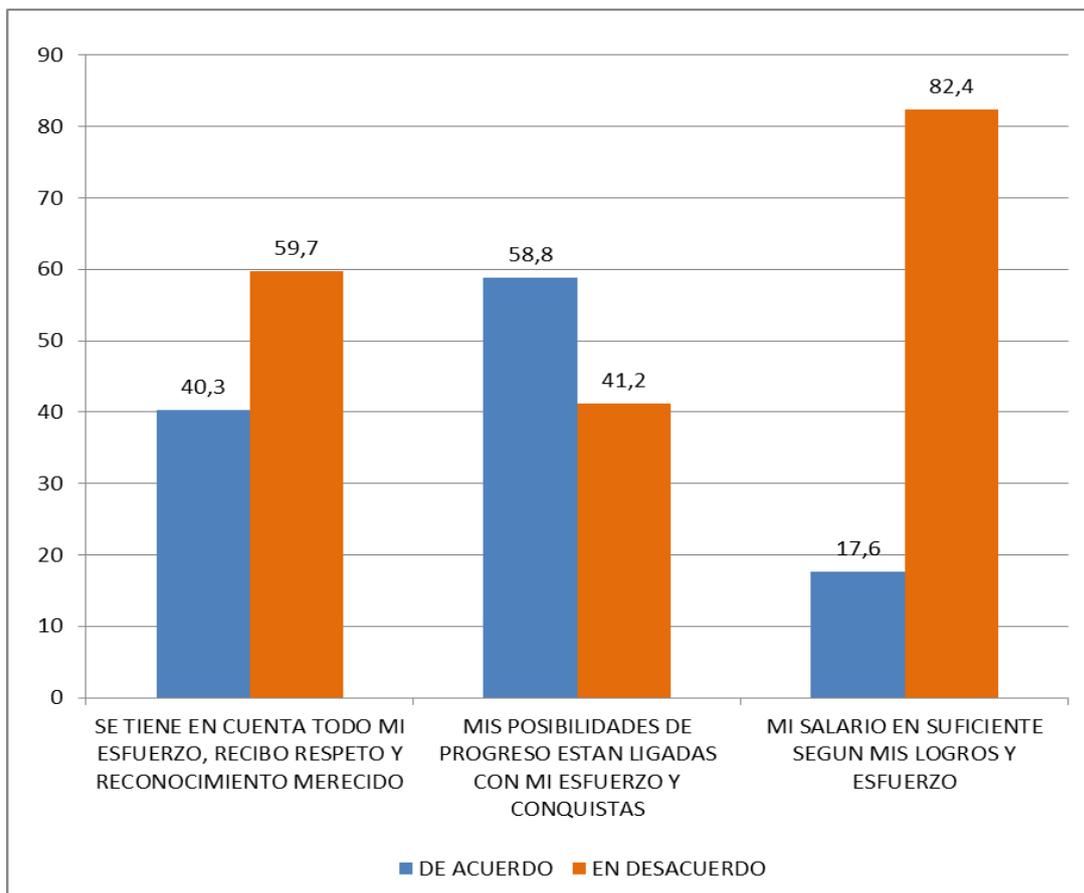


Figura 21: Distribución de frecuencias de características psicosociales de su trabajo; esfuerzos y reconocimientos laborales.

En el apartado de satisfacción laboral el trabajador respondió en más de un 70% estar satisfecho a pesar de considerar su salario insuficiente y más de un 50% se postularía nuevamente para su empleo actual. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Satisfacción laboral.

| Satisfacción laboral | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------------|------------|-------------|
| No estoy satisfecho de ninguna manera. | 6 | 5 |
| No estoy satisfecho | 17 | 14,3 |
| Estoy satisfecho | 67 | 56,3 |
| Estoy muy satisfecho | 29 | 24,4 |
| Se postularía nuevamente para su empleo | | |
| Si, sin dudas | 60 | 50,4 |
| Si, después de reflexionar sobre esto | 45 | 37,8 |
| Definitivamente no | 14 | 11,8 |

*Elaboración propia.

En el apartado de integrantes del hogar, no contestaron en un porcentaje del 32,8 %, mientras que en un 67,2% contestó. De este porcentaje, un 9% vive solo, en más del 60% viven de 2 a 4 personas y en un del 26% viven más de cinco personas (ver figura 22).

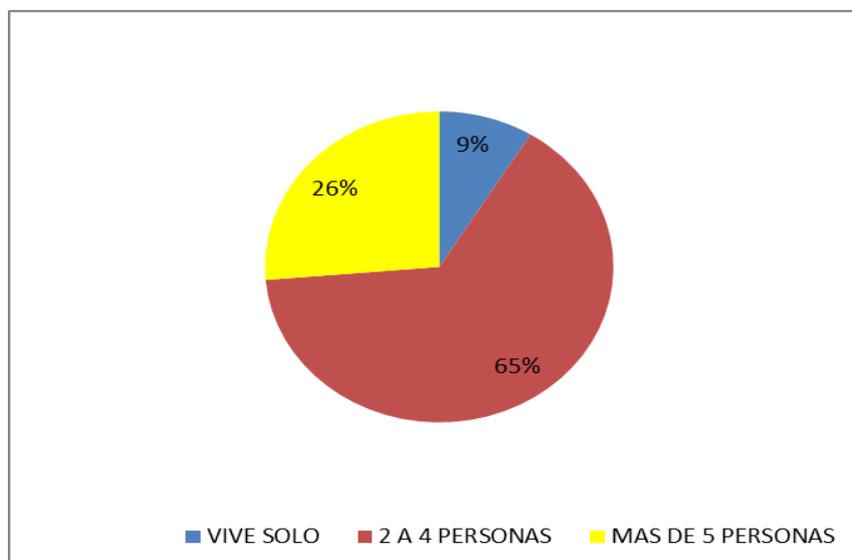


Figura 22: Distribución de frecuencias de integrantes del hogar.

A principios del siglo XXI, las mujeres siguen realizando y responsabilizándose mayoritariamente de la gran parte, si no de todo el trabajo doméstico y familiar. Ello implica una doble carga de trabajo si lo comparamos con los hombres.

Estas desigualdades entre hombres y mujeres respecto a las condiciones de trabajo y a la cantidad de trabajo realizado se manifiestan en desigualdades en salud entre hombres y mujeres.

Pero además, el trabajo familiar y doméstico implica exigencias que las mujeres deben asumir de forma simultánea a las del trabajo remunerado. Aquí es donde entra el ámbito laboral, la organización del trabajo en la empresa puede impedir que las mujeres puedan compatibilizar ambos trabajos. Todo ello a pesar de disponer de herramientas y normativa para la conciliación de la vida laboral y familiar.

Para explicar las condiciones de salud de las mujeres trabajadoras es fundamental comprender esta doble carga de trabajo, pues puede explicar una parte de las desigualdades en relación al género.¹²

Este apartado muestra que en porcentajes altos, las actividades domésticas y los hábitos de vida tienen un porcentaje de más del 50% en todos los ítems excepto en el cuidado

de enfermos en el hogar sin olvidar que la distribución por sexo mostró un 71,4% en el género femenino y un 28,6% de género masculino. (Ver figura 23)

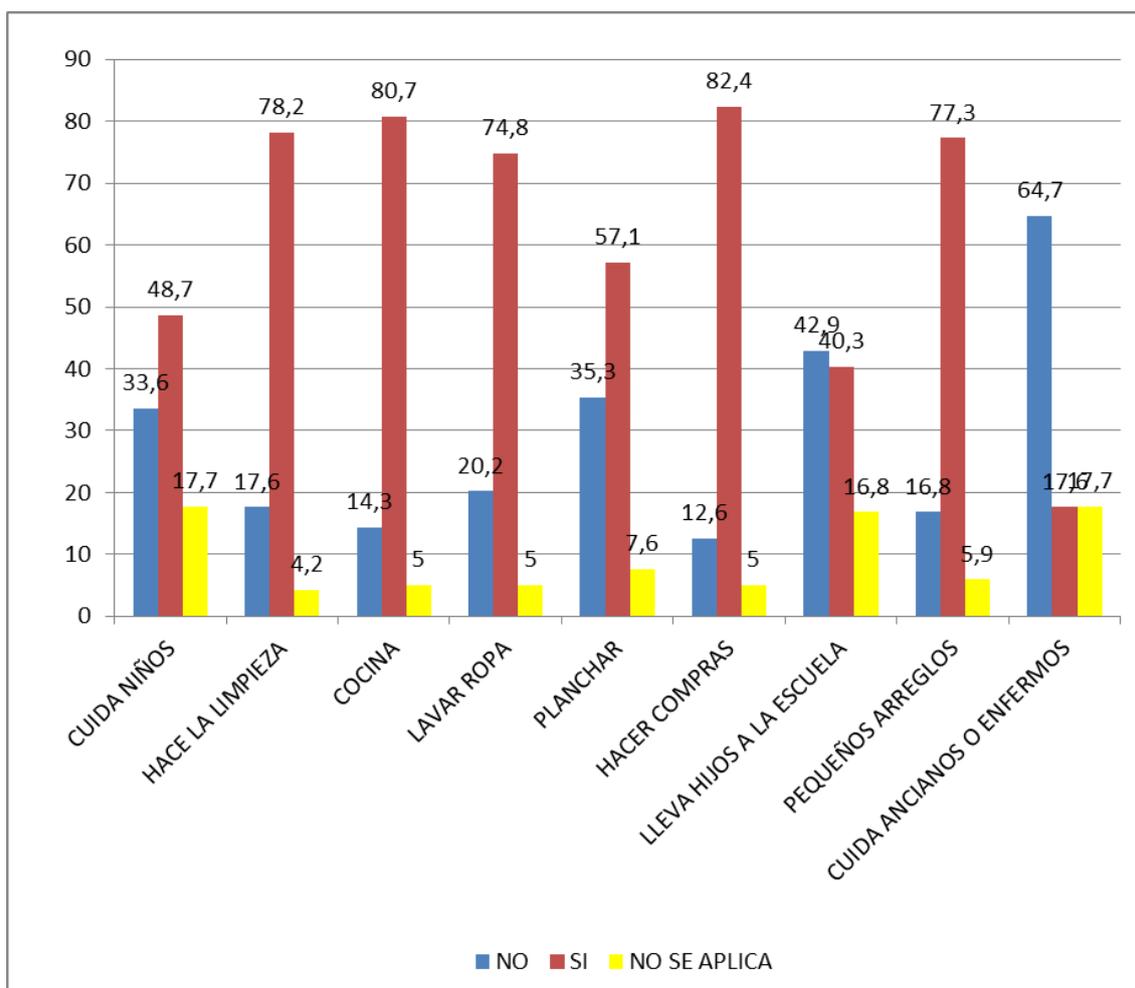


Figura 23: Distribución de frecuencias de las actividades domésticas y hábitos de vida.

Las responsabilidades laborales indefinidas y sin límites fijos en términos de requerimiento de tiempo obligan a estar mucho tiempo en el Hospital y pueden dar lugar a desatención de las obligaciones familiares. Con frecuencia las actividades domesticas son interrumpidas por el teléfono; se producen retrasos en volver del trabajo, se realizan guardias o visitas en días festivos o fuera de horas; y pacientes astutos o inconscientes telefonan, asimismo fuera de horas.

Tabla 4. Hábitos de Vida

| | No | | Si | |
|---------------------------------------------------------------------|----|------|----|------|
| | F | % | F | % |
| Ud. Como principal responsable de las tareas domésticas de su casa. | 42 | 35,3 | 77 | 64,7 |
| Participa en actividades de divertimento. | 37 | 31,1 | 82 | 68,9 |

*Elaboración propia.

Los trabajadores que son los principales responsables de las tareas domésticas en el hogar representan un 64,7% de la muestra, esto se refleja en la tabla 4 de los cuales en las dos semanas previas a la encuesta refieren realizarlas de manera periódica en más de un 50% (ver figura 24).

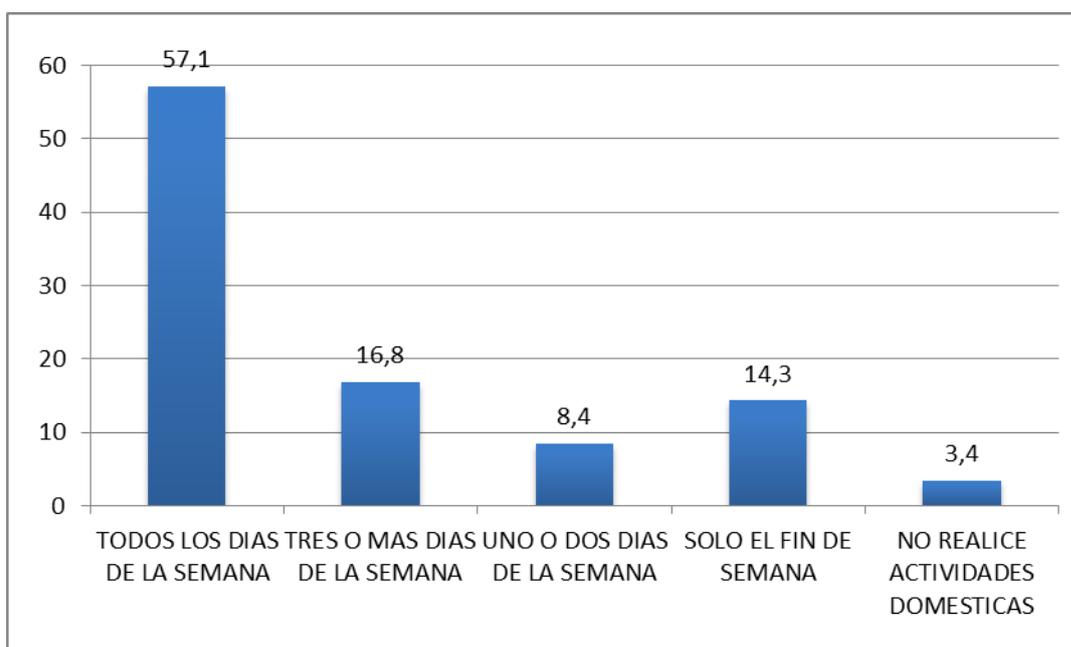


Figura 24: Distribución de frecuencias en la realización de las tareas domésticas.

El participar en actividades de divertimento implicó que el 68,9% dio una respuesta favorable, es considerarlas como hábitos saludables donde las actividades culturales que incluyen cine, teatro, exposiciones obtuvieron un 9%; en las actividades sociales, como el visitar amigos, ir a las fiestas, ir a bares un 12% y las actividades físicas como caminatas, ejercicios, practica de deportes etc., tienen más del 30% (ver figura 25). Y cabe destacar que en un amplio porcentaje hubo respuesta múltiple, donde se combinan varias actividades saludables.

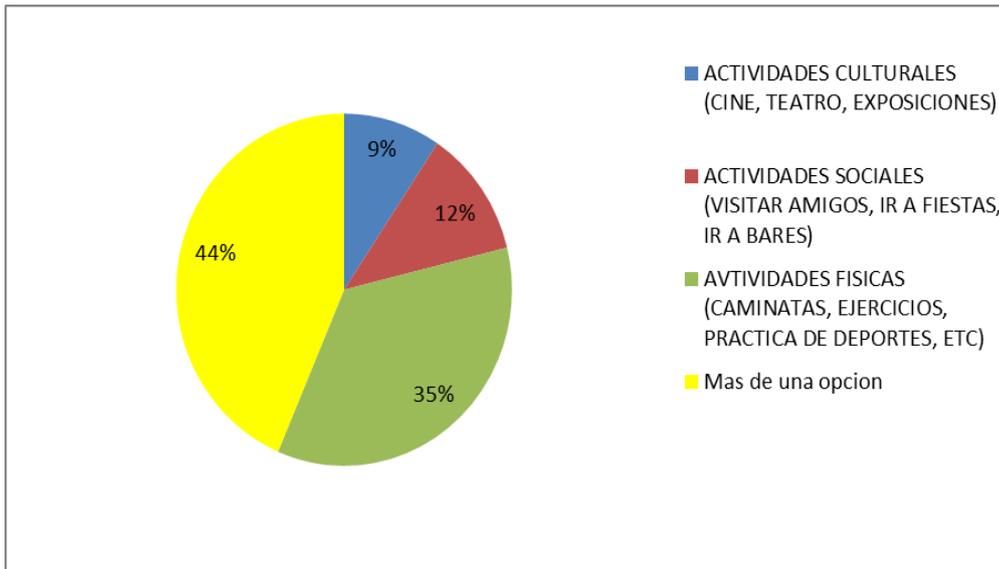


Figura 25: Distribución de frecuencias en hábitos saludables.

De los trabajadores que realizan estas actividades consideradas saludables, al indagar acerca de la frecuencia con que las realiza, de una o dos veces por semana un 49%, tres o más veces por semana con el 19% y el 32% de los trabajadores no las realiza (ver figura 26).

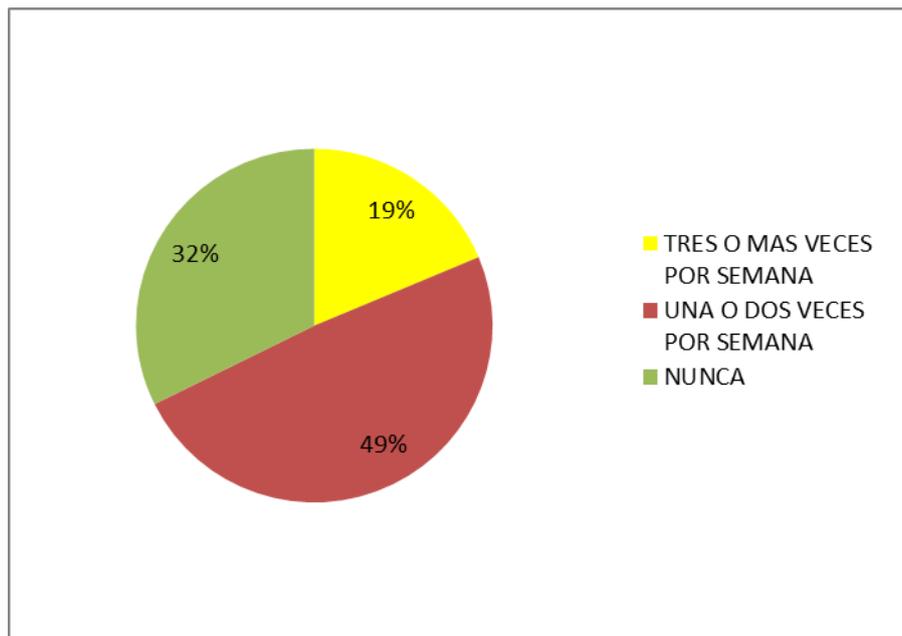


Figura 26: Distribución de frecuencias, en la realización de actividades saludables.

También se analizan los hábitos que no son saludables como el fumador y la adicción a la bebida, considerando como fumador a quien ya fumo al menos 100 cigarrillos o 5 paquetes. El porcentaje de fumador actual es de 36,1%, ex fumador 10,1% y no fumador 53,8% (ver figura 27).

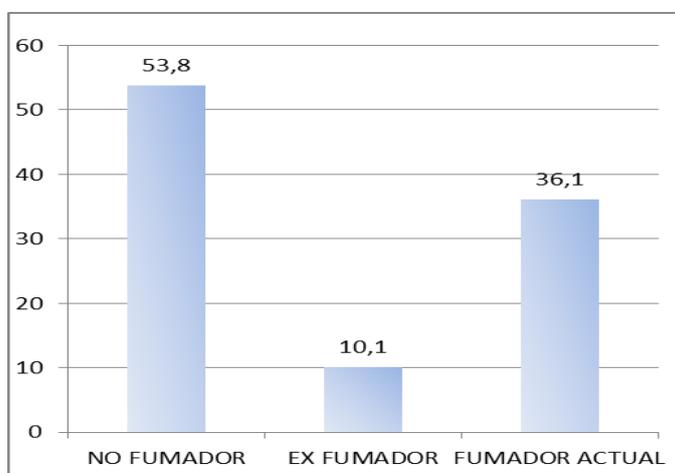


Figura 27: Distribución de frecuencias de fumadores activos.

El consumo de alcohol en los trabajadores no es considerado como un bebedor social únicamente, sino en cuanto a la crítica recibida acerca de su modo de beber, a como se siente el trabajador, fastidiado, ansioso y si considera que debe disminuir el consumo de alcohol. El porcentaje que considera que debería disminuir el consumo de alcohol es del 14,3% (ver figura 28).

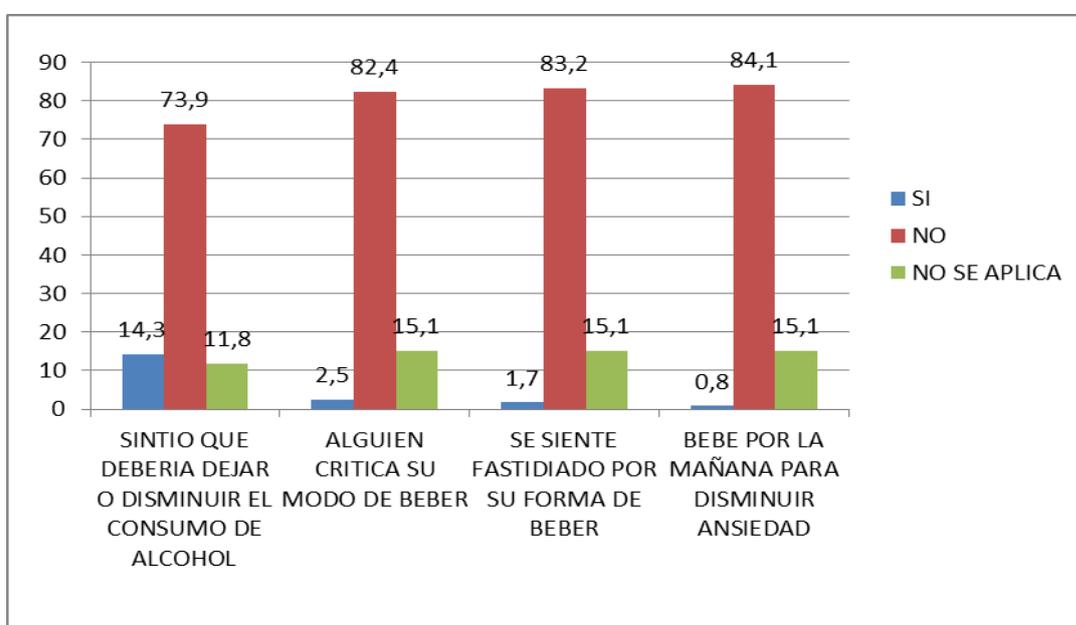


Figura 28: Distribución de frecuencias del consumo de alcohol.

Los aspectos que evalúan la salud de los trabajadores también consideran el consumo de algún medicamento que tenga tratamiento prolongado, si bien el 61,4 % de los trabajadores no consume medicación, de los trabajadores que si están medicados, el 26% es por hipertensión arterial y el porcentaje de otras enfermedades oscila entre el 6% y al 11% para la diabetes con un gran índice de automedicación con el 36% mientras que el 9% esta medicado por más de de una patología (ver figura 29).

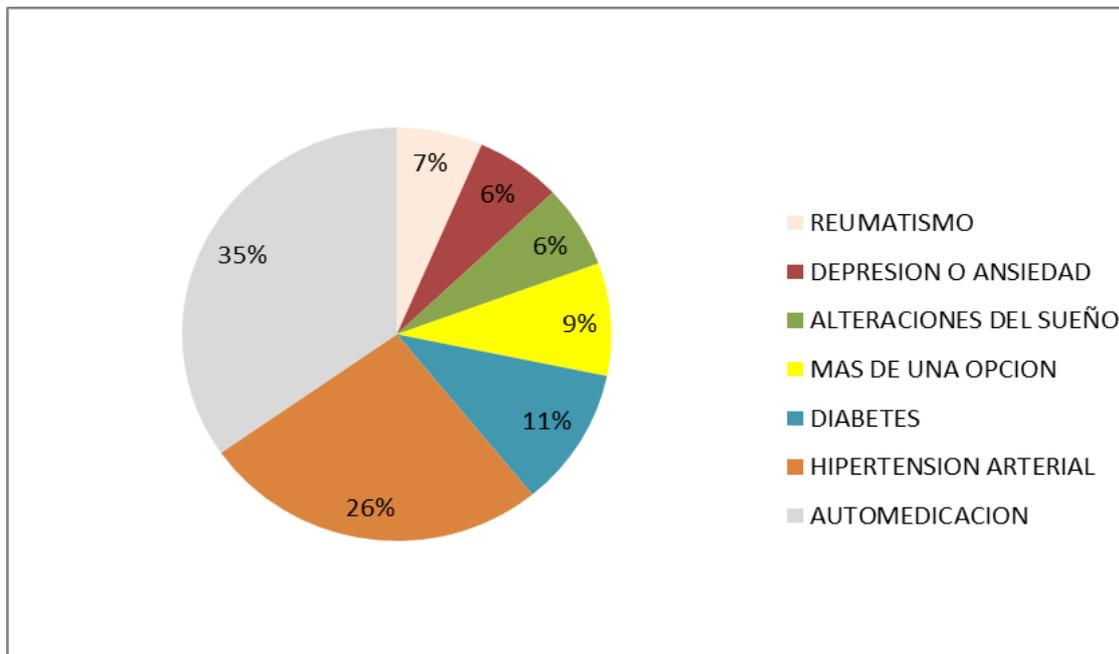


Figura 29: Distribución de frecuencias de la medicación habitual de los trabajadores.

Las enfermedades diagnosticadas por el médico tratante que son motivo de medicación con tratamientos de corta y larga duración se detallan en la figura 30, con el mayor porcentaje para lumbalgias con el 33,6% gastritis con el 24,4%, las enfermedades osteoarticulares 19,3%, obesidad 18,5% que ven de la mano con la hipertensión, colesterol alto, alteraciones del sueño, y en menor porcentaje tenemos cáncer, asma, hepatitis...cardiopatías, donde esta ultima esta sujeta a la cantidad importante de factores de riesgos a los que se esta expuesto.

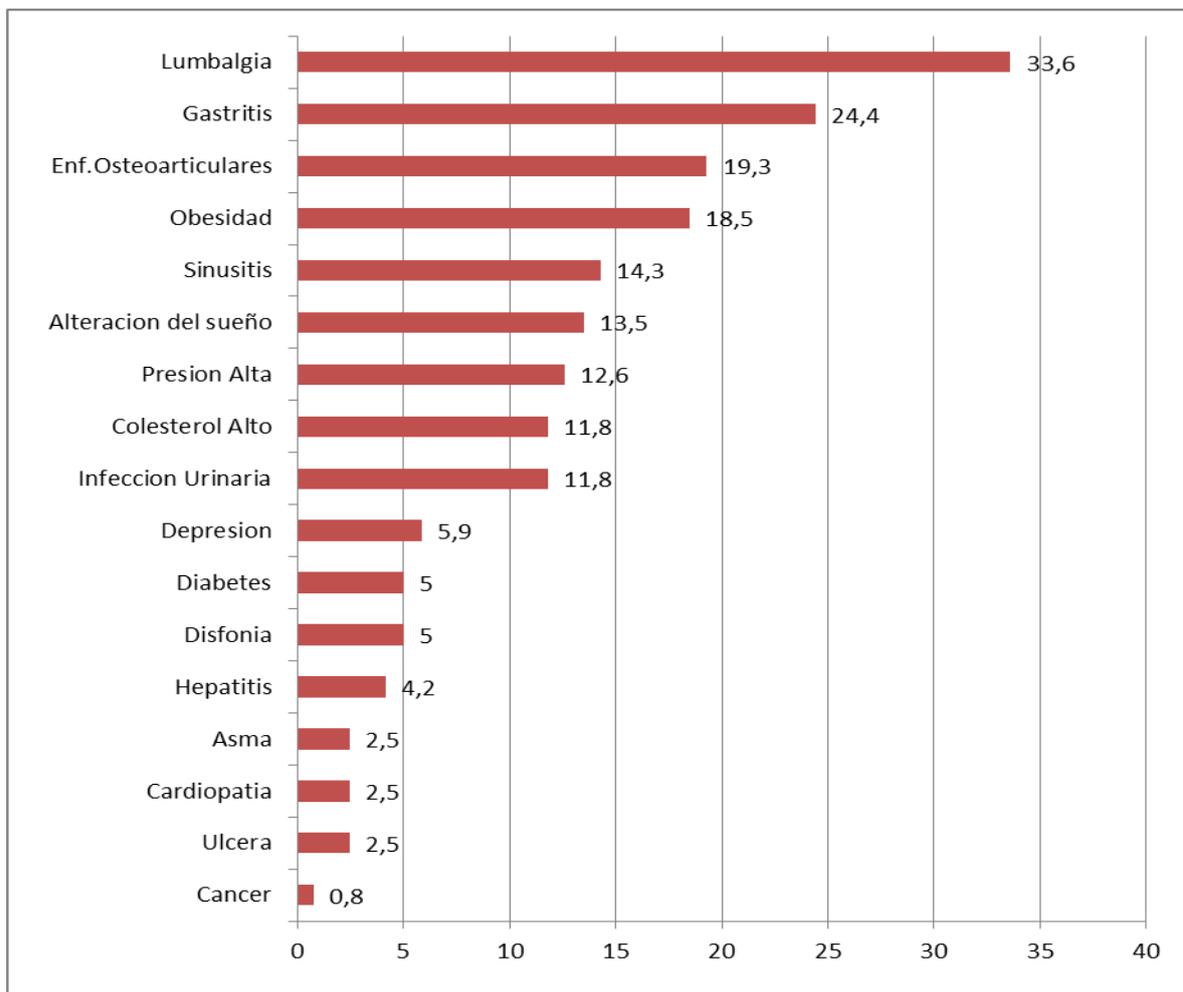


Figura 30: Distribución de frecuencias de enfermedades diagnosticadas por un médico.

En los últimos 12 meses faltó por problemas de salud, el 34,5% respondió afirmativamente (ver tabla 5).

Tabla 5. Ausentismo en los últimos 12 meses.

| En los últimos 12 meses faltó por problemas de salud. | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------------------------|------------|-------------|
| No | 78 | 65,5 |
| Si | 41 | 34,5 |

*Elaboración propia.

Los diagnósticos relacionados con estos problemas de salud que fueron motivo de ausencia se detallan en la figura 31 y se observa que el mayor porcentaje corresponde a las enfermedades respiratorias/neumonías, ítems que incluye toda patología de esta índole, en segundo lugar con el 12% encontramos las enfermedades de índole traumatológicas con predominio de las lumbalgias y cervicalgias.

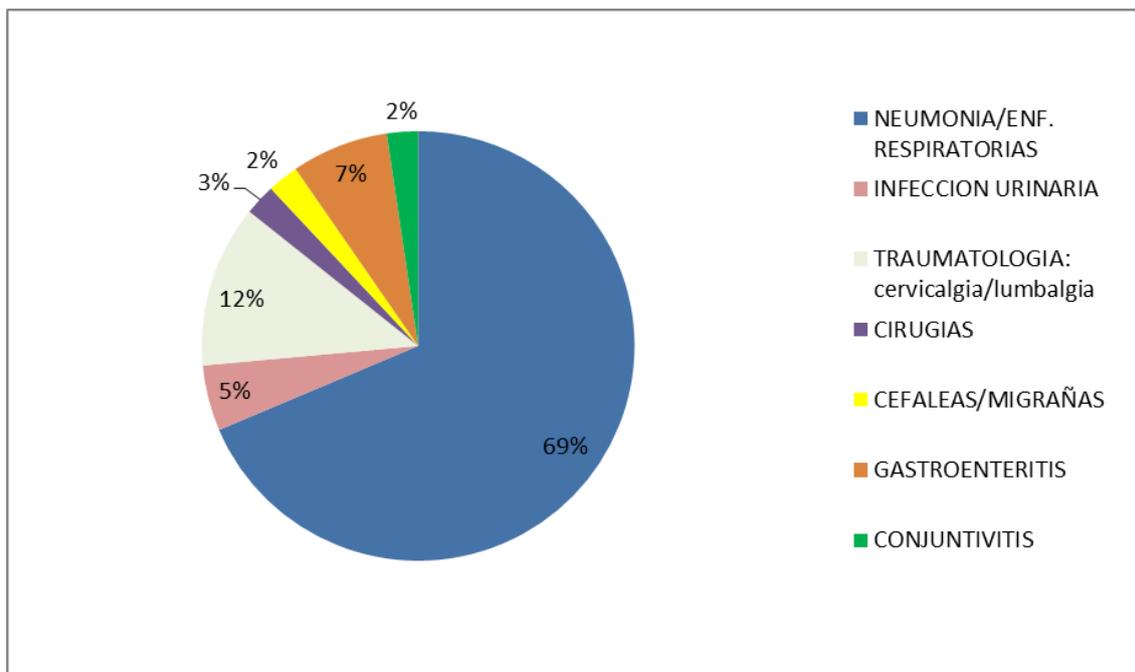


Figura 31: Distribución de frecuencias de las enfermedades que generaron ausencia en los últimos 12 meses.

En el apartado de ausentismo, en los últimos 12 meses se discrimino, por razones de salud, como se observa en la figura 31 y por otros tipos de licencias, como licencias anuales reglamentarias, y enfermedades de carácter transitoria y prolongada.

Por tanto un 22,7 % de los trabajadores tuvo licencia en los últimos 12 meses (ver tabla 6).

Tabla 6. Ausentismo por diferentes tipos de licencias.

| En los últimos 12 mese tuvo lic.medica o fue apartado del trabajo. | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| NO | 92 | 77,3 |
| SI | 27 | 22,7 |

*Elaboración propia.

Donde las enfermedades transitorias siguen siendo un porcentaje alto para las de índole respiratorias/neumonías con un 70%, licencias prolongadas por cirugías y psiquiatrias con un 8%, y las licencias reglamentarias que hacen un total del 14% de los trabajadores (ver figura 32).

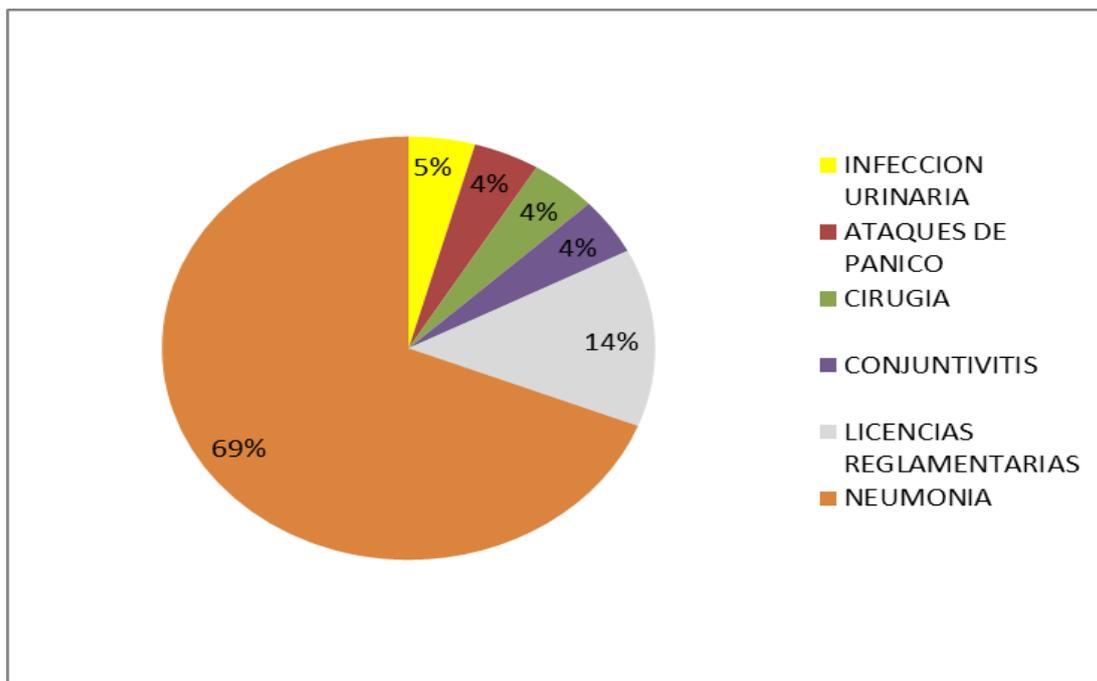


Figura 32: Distribución de frecuencias del ausentismo por diferentes tipos de licencias.

En relación a la calidad de su voz, es llamativo que de vez en cuando se responde que más de un 20% en las últimas dos semanas sintió cansancio para hablar y en un 11,75 percibe que la calidad de su voz empeora como se observa en la tabla 7.

Tabla 7: aspectos relacionados con la calidad de su voz.

| | No | | De vez en cuando | | Diariamente | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|------------------|-------------|-------------|------------|
| | F | % | F | % | F | % |
| En las últimas dos semanas sintió cansancio para hablar | 82 | 68,9 | 30 | 25,2 | 7 | 5,9 |
| En las últimas dos semanas percibe que la calidad de su voz empeora | 101 | 84,9 | 14 | 11,7 | 4 | 3,4 |

*Elaboración propia.

En la institución estadísticamente no hay registros de eventos que incluya accidentes con fluidos biológicos, sin embargo un 11,8% respondió haber tenido un evento de esta índole y de este porcentaje solo un 2,5% notifico a la ART y ocurre lo mismo con las dolencias diagnosticadas por un medico, donde un 10,1% las padece en la actualidad y solo un 1,7% notifico a la ART (ver tabla 8).

Tabla 8: Aspectos relacionados con su salud y la ART.

| | NO | | SI | | NO SE QUE ES LA ART | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|------|----|------|---------------------|-----|
| | F | % | F | % | F | % |
| Tiene ahora alguna dolencia diagnosticada por un medico | 107 | 89,9 | 12 | 10,1 | 0 | 0 |
| Notifico a la ART | 115 | 96,6 | 2 | 1,7 | 2 | 1,7 |
| En los últimos 12 meses sufrió algún accidente con fluidos biológicos | 105 | 88,2 | 14 | 11,8 | 0 | 0 |
| Notifico a la ART | 114 | 95,8 | 3 | 2,5 | 2 | 1,7 |

*Elaboración propia.

De estas dolencias, en más de 9% enfermedades como acufenos, pérdida de visión, parestesias, un 36% de enfermedades sin diagnosticar y un 37% corresponde a lumbalgias (ver figura 33).

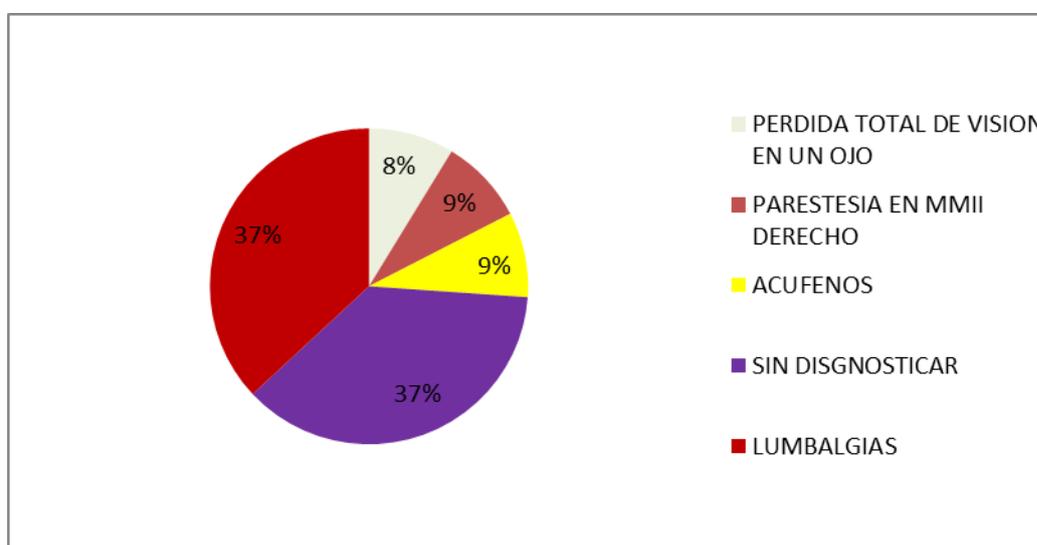


Figura 33: Distribución de frecuencias de dolencias actuales con diagnóstico médico.

Existe una gran cantidad de reportes sobre efectos negativos del estrés laboral en la calidad de vida de las personas y en los resultados productivos de las organizaciones. Con independencia del grado de reconocimiento que otorguen los sistemas de compensación a los problemas de salud relacionados con el trabajo, existe la certeza de que el estrés se relaciona con un importante nivel de ausentismo; se ha advertido en diversos foros acerca de un crecimiento sostenido de problemas asociados al estrés, en correspondencia a los cambios que se experimentan en el trabajo actualmente¹³ (ver figuras 34 y 35).

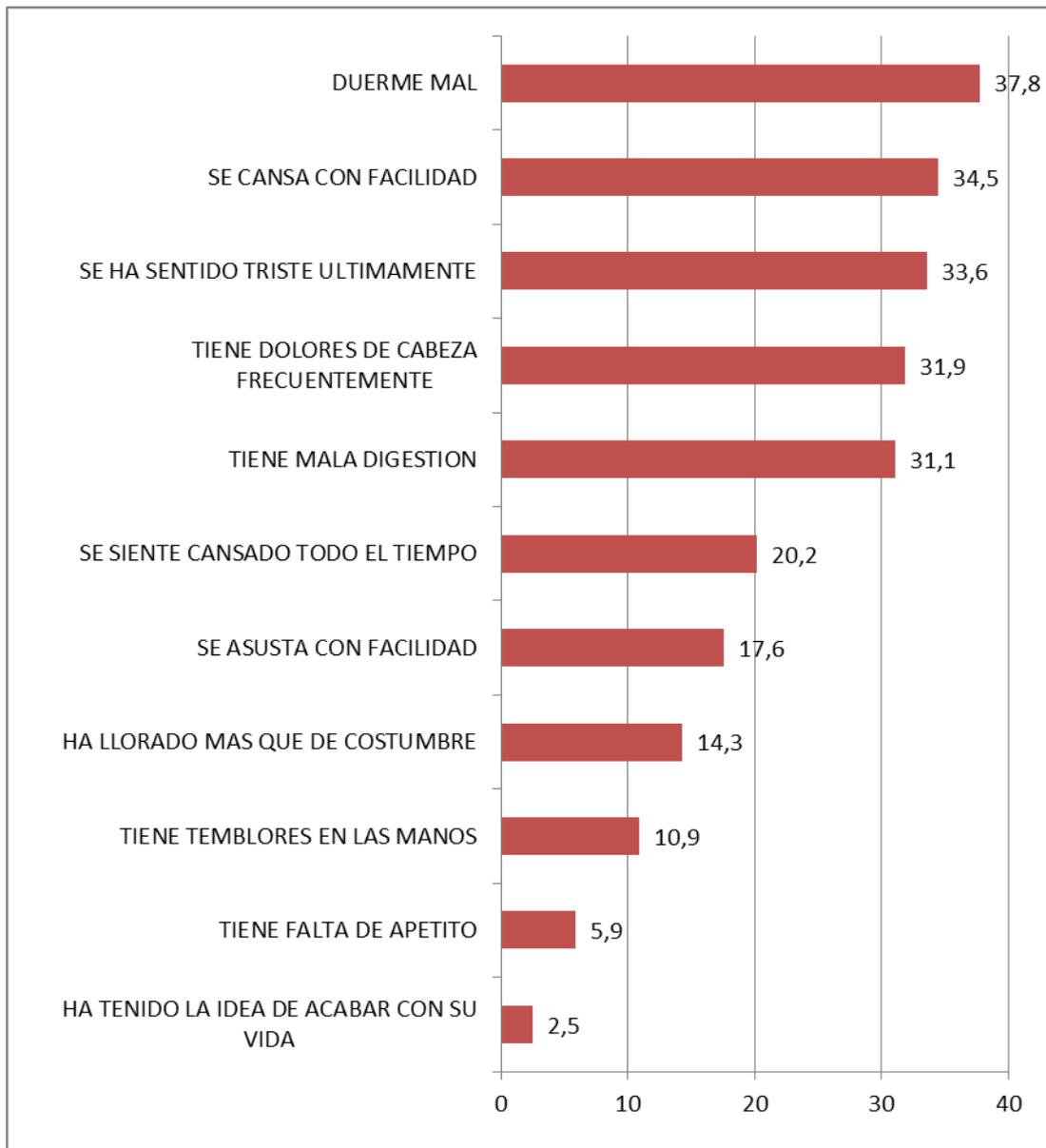


Figura 34: Distribución de frecuencias de situaciones vividas en los últimos 30 días.

Entre los principales problemas de salud con que se ha relacionado el estrés en el trabajo se encuentran¹⁴:

- Enfermedad cardiovascular
- Hábitos no saludables (sedentarismo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de tranquilizantes)
- Trastornos músculo esqueléticos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Molestias psicológicas y somáticas que, sin constituir enfermedad, producen deterioro del bienestar (ver figuras 34 y 35)

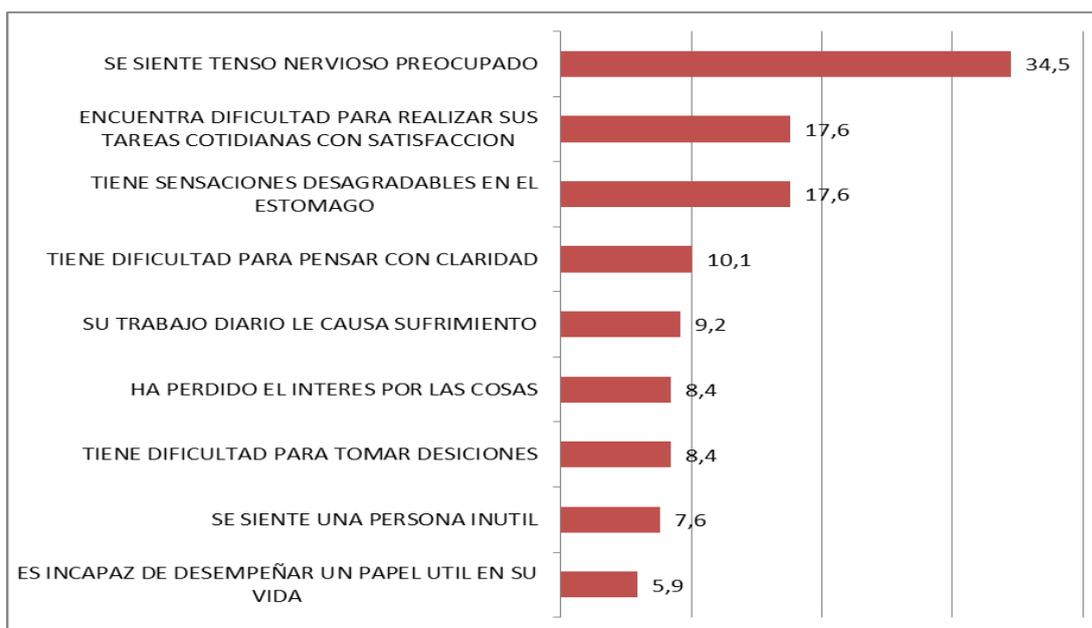


Figura 35: Distribución de frecuencias de situaciones vividas en los últimos 30 días.

En los problema de salud y/o dolencias que se padecen de manera eventual la fatiga tiene un porcentaje elevado de mas del 45%, le sigue el dolor de espalda con mas de un 37%, dolor de piernas, mas del 20%, el cansancio mental tiene un porcentaje de mas del 19%, y le siguen problemas digestivos, olvidos y somnolencias en menor porcentaje como se observa en la tabla 9.

Tabla 9. Problemas de salud y/o dolencias eventuales.

| Problemas de salud eventuales | Nunca | Raramente | Poco frecuente | Frecuente | Muy Frecuente |
|-------------------------------|-------|-----------|----------------|-----------|---------------|
| Dolor de brazos | 58,9 | 13,4 | 10,1 | 15,1 | 2,5 |
| Dolor de piernas | 41,3 | 17,6 | 16,8 | 21,8 | 2,5 |
| Dolor de espalda | 15,1 | 16 | 15,1 | 37,8 | 16 |
| Fatiga | 22,7 | 10,1 | 17,6 | 45,4 | 4,2 |
| Problemas de piel | 74,8 | 10,9 | 10,9 | 1,7 | 1,7 |
| Problemas digestivos | 51,3 | 14,3 | 11,8 | 17,6 | 5 |
| Cansancio mental | 47 | 11 | 16 | 19,3 | 6,7 |
| Nerviosismo | 50,5 | 16,8 | 13,4 | 14,3 | 5 |
| Olvidos | 52,9 | 14,3 | 16 | 11,8 | 5 |
| Somnolencia | 58 | 13,4 | 13,4 | 11,8 | 3,4 |
| Insomnio | 65,7 | 13,4 | 9,2 | 9,2 | 2,5 |
| Irritación | 52,1 | 20,2 | 10,9 | 14,3 | 2,5 |

*Elaboración propia.

Discusión.

Algunas características de la población de trabajadores estudiada en concordancia con los hallazgos de otros estudios, han mostrado resultados que reivindican la feminización del sector de salud, relevando el 71,4 % de población es de sexo femenino. De esta manera, la distribución de los encuestados según sexo resultó similar al promedio de Argentina y en acuerdo con estudios realizados sobre las características de los trabajadores de la salud de Córdoba, donde se determinó que el 70% de trabajadores del sector son mujeres¹⁵, y a los datos publicados por el Ministerio de salud de la Nación en el año 2007 sobre la composición desagregada del sector en cuanto a su composición por sexos, arrojan que el 68,1% de los trabajadores del sector son mujeres. En la mayoría de las descripciones de diferentes estudios el porcentual de la caracterización del grupo etario en los trabajadores de salud tiene similitud con esta investigación y la mayoría se concentra en el servicio de enfermería, donde la edad prevalente es entre los 30 y 50 años de edad. En estudios realizados en Chile el perfil biosociodemográfico de las enfermeras de los hospitales públicos se caracteriza porque la mayoría de las enfermeras tiene más de 41 años, tienen hasta 2 hijos, y tienen pareja.¹⁶

En el sistema de revista de los trabajadores de la salud pública donde se llevó a cabo este estudio, el 73,1% de los trabajadores encuestados pertenece a planta permanente, el 20,2% es contratado, el 5,9% monotributistas y el 0,8 residentes. En el año 2004 se publicó que los contratados en el sector salud municipal de Córdoba eran del 24,4% y en la provincia de Córdoba era del 50,8%²⁰, lo que se puede observar es una disminución en el porcentaje de contratados, debiéndose posiblemente a las luchas sindicales de los trabajadores contra la precarización laboral.

Los trabajadores encuestados manifiestan trabajar 35 horas o más semanales en más de un 80%, en contraposición con los trabajadores de la salud en Austria¹⁷ donde el 56% desarrollan jornadas a tiempo parcial de menos de 35 horas a la semana.

El pluriempleo es una práctica frecuente de los profesionales de la salud, este fenómeno está presente en la mayor parte de los países en los que la provisión pública de salud coexiste con un sector sanitario privado. Entre los encuestados se halló que el 53,8% de los trabajadores refirió que posee otro trabajo, en su mayoría en instituciones de dependencia privada. En el Reino Unido, un informe de la Competition Comisión

declaró que más del 60% de los médicos de los hospitales del servicio nacional de salud inglés también trabajaban en el sector privado¹⁸, mientras que en Portugal, el 58% de los trabajadores de los hospitales públicos tienen un segundo trabajo.¹⁹ Estos datos adquieren relevancia si se tiene en cuenta las horas semanales trabajadas declaradas para un empleo de 35 horas o más, lo que supone que casi la mitad de los trabajadores encuestados están expuestos a jornadas laborales extraordinariamente prolongadas. Esta situación presenta consecuencias negativas para el sistema de salud como el absentismo laboral y la elusión de tareas por parte los profesionales que se desempeñan en las instituciones públicas; exponiendo al trabajador a diversos factores de riesgo como el estrés, cansancio y el no poder conciliar la vida familiar²⁰.

De los aspectos considerados, relacionados con la infraestructura del lugar de trabajo, tanto la ventilación como la iluminación son valoradas positivamente por la mayoría de los encuestados. No se observa lo mismo en relación al inmueble, los recursos y equipamientos, que es mal valorada por más del 40% de los trabajadores, posiblemente debido a la insuficiente disponibilidad de recursos y equipos además de la precariedad del inmueble. Esto contrasta con un estudio realizado en Brasil por Furtado Betise²¹; donde se muestra que la calidad del medio ambiente en hospitales públicos del estado de Río Grande del Norte el 39,1% y 34,8% indicando un concepto inadecuado para la ventilación y la iluminación respectivamente. En el equipamiento y los insumos el concepto predominante fue regular en todos los artículos, excepto la cantidad de material de trabajo, que tiene buen concepto (56,5%). Amigot y Rasetti²² en Rosario concluyen que la modalidad de interrelación entre los miembros del equipo de salud de los diferentes servicios hospitalarios, así como las condiciones de infraestructura, regímenes de contrato y salariales, no son las óptimas. Por tanto los problemas mencionados de manera recurrente en la bibliografía son: espacios de circulación horizontal y vertical no adecuados para la circulación con pacientes dependientes, falta de espacio para maniobrar, itinerarios complicados. Así como la falta de espacio en las habitaciones e inadecuada distribución de las mismas, características inadecuadas del mobiliario y del equipamiento que manejan los profesionales, altura inadecuada de los agarres, excesiva fuerza de operación, controles no ergonómicos, entre otros, el lugar de trabajo es considerado inadecuado para llevar a cabo la atención digna de los seres humanos, ya que la disponibilidad de materiales, la insalubridad del lugar, la acumulación de pacientes/familiares en los diferentes espacios de trabajo obstaculizan el

poder realizar diferentes procedimientos de atención dificultando la intimidad del paciente/usuario y comprometiendo la seguridad y la integridad del trabajador; en este marco de trabajo se contribuye al agotamiento físico y emocional de los profesionales de la salud.

Este hecho también se puso de relieve por algunos autores en estudios Chilenos donde señalan que dentro de las características de las condiciones de trabajo de las enfermeras se encuentran altas cargas físicas, exposición constante a contaminantes físicos, químicos y biológicos, como también a accidentes²³. Por otra parte, se encontró que el ruido, la iluminación, el aseo y ventilación deficiente, la temperatura inadecuada y los malos olores, sumado al tener que trabajar con equipos y materiales deficientes, era lo que más molestaba y tensionaba al personal de enfermería,²⁴ situación perfectamente aplicable al resto del personal de la salud.

De las características de la tarea devienen los riesgos psicosociales del trabajo. Como característica de la tarea se valoró las habilidades puestas en juego en el trabajo, el grado de autonomía, el grado e importancia de la toma de decisiones, la sobrecarga, conflicto y ambigüedad del rol. Los trabajadores encuestados responden estar de acuerdo en más de un 60% en referencia a que su trabajo le requiere aprender cosas nuevas y que sea creativo, este es un aspecto positivo ya que el trabajador es sujeto activo en el desarrollo de la tarea y aumenta la confianza en sí mismo y la satisfacción con su trabajo. Aunque es llamativo que al mismo tiempo valoren su trabajo como repetitivo en más de un 50%. En Méjico, Noriega²⁵ expone que muchas trabajadoras de la salud consideran su actividad como un trabajo de retos y, de alguna manera, sienten que alcanzan una satisfacción con ella. Sin embargo, creen que para enfrentar estos retos es importante que exista un equilibrio entre las demandas ocupacionales y las características personales, para que esto no represente una sobrecarga de trabajo. Cuando los trabajadores se enfrentan y perciben condiciones desfavorables, la consecuencia puede ser el estrés y los trastornos mentales. La hostilidad del individuo que está en el entorno de la salud puede ser entendida como la intensificación de diversas manifestaciones relacionadas con la evolución del hospital clásico que implica un aislamiento cultural, la actitud impersonal, con base en el tecnicismo muchas veces situados en un paradigma positivista, mecanismos de defensa, dadas las condiciones indignantes del trabajo, así como las condiciones de reacción a la miseria y la violencia

social. Prácticamente todos los encuestados refirieron una mayor carga de la fatiga y de desgaste.

Entre los trabajadores encuestados están presentes en alta frecuencia algunos de los riesgos ergonómicos valorados, así refieren en casi un 50% que adoptan posturas que generan dolor fuera del trabajo. Además, refirieron permanecer de pie por periodos prolongados de tiempo más del 40% de los encuestados, al igual que movilizan o levantan los pacientes un estudio que se llevó a cabo entre los trabajadores de Austria²⁶ declara que estar, "de pie, caminar '(19%),' en movimiento, sacar a la gente" (19%) y "agotador, posturas dolorosas (16%) son los factores de riesgo más frecuentemente mencionados, a diferencia de lo hallado por Ferraras²⁷ en nuestro estudio se encuentran en primer lugar los problemas mentales como los de mayor percepción por parte de los trabajadores de la salud .

Ferreras Remesal³² en su investigación manifiesta que los accidentes son causados principalmente por sobreesfuerzos y movimientos estresantes, como resbalones, tropiezos y caídas al mismo nivel por objetos y herramientas, y por caídas de altura padeciéndose en su mayoría en el personal de enfermería, auxiliares y en algunos casos el personal de limpieza. Identificando estos problemas músculo-esqueléticos como el principal factor de riesgo en el sector sanitario. En su trabajo los trabajadores de la salud están expuestos a posturas de trabajo estresantes como torsiones desviaciones y estar arrodillado, teniendo que caminar grandes distancias, exponiéndose a manipulación de cargas pesadas como pacientes y arrastrar o empujar objetos pesados como camas y carros de transporte siendo esto la principal causa de accidentes en el sector hospitalario.

Al indagar sobre la percepción de la calidad de vida y el grado de satisfacción personal y con el trabajo, resultó que el 60% califica su calidad de vida como buena y el 17% como muy buena. De los encuestados más del 80% se encuentra satisfecho con su capacidad de trabajo, mientras que más del 70% está satisfecho con sus relaciones personales y consigo mismo. Las relaciones interpersonales en el contexto del trabajo ya sean formales o informales existentes entre los miembros de una institución según como se desarrollen pueden ser factores de riesgos psicosociales causantes de estrés u hostigamiento. Los trabajadores encuestados manifiestan en su mayoría que las personas con las que trabajan son amigables y se ayudan mutuamente. Los encuestados

expresan ser tratados con respeto en un 91 %, en referencia a si existe un sentimiento de unión entre las personas con las que trabaja el 63,9 % está de acuerdo.

Se manifiestan que las decisiones son tomadas democráticamente en el grupo de trabajo en un 68,9 % de los encuestados. En una investigación chilena con relación al nivel de satisfacción laboral de las enfermeras, respecto a cada uno de los factores del trabajo ellas presentan un nivel de satisfacción sobre el punto neutro en las subescalas actividades, supervisor o jefe y grupo con quien interactúan más cercanamente, lo que indica que en estos tres aspectos las enfermeras se encuentran con una leve tendencia a la satisfacción. Sin embargo, respecto a la subescala promociones y/o ascensos, ellas se encuentran considerablemente bajo el punto neutro, lo que significa que presentan una clara tendencia a la insatisfacción, estando las enfermeras de los hospitales privados menos insatisfechas que las de los hospitales públicos. Por otra parte, el factor promociones y/o ascensos se observa como un factor muy influyente de insatisfacción laboral para ambos grupos de enfermeras, ya que son percibidas como injustas y poco transparentes dentro de las instituciones hospitalarias. También encontraron que las promociones y/o ascensos eran uno de los aspectos donde se encontraban más insatisfechas las enfermeras participantes en sus respectivos estudios²⁸. Otro factor de insatisfacción son las remuneraciones, sobre las cuales ellas manifiestan claramente su descontento, marcadamente en las enfermeras de los hospitales públicos considerando sus remuneraciones malas, injustas y menores de lo que merecen.

En relación a los salarios, se manifiesta que el dinero es valorado como un símbolo de realización, de reconocimiento, de status o como forma de obtener otros valores, como seguridad o libertad de acción, además de ser un punto de referencia por medio del cual los empleados comparan su valor con otros²⁹. Por otra parte, las personas desean sistemas de sueldos justos, definidos y acordes a sus expectativas³⁰. También encontraron que el estilo cercano de dirección y el participativo mejoraban la satisfacción laboral de las enfermeras³¹, en relación al nivel de satisfacción en la vida privada de las enfermeras, se encontró que ellas estaban más satisfechas en este ámbito que en el aspecto laboral.

Uno de los temas de las encuestas que provocan mayor insatisfacción con las condiciones de trabajo es el tema de la excesiva demanda de los pacientes, lo que lleva a la carga física y emocional en los profesionales de la salud, donde el aumento de

personal no se considera como una solución al problema, sino más bien la reordenación de la demanda generando la insatisfacción de las enfermeras en las épocas de alta demanda de pacientes, en relación a esta problemática existen estudios que lo ratifican.

Por último, un aspecto relevante de los hallazgos es que los trabajadores de la salud de los diferentes servicios y puestos comparten de manera similar riesgos, exigencias y daños a la salud, y esto trata de generar un marco explicativo en la generación de los trastornos psíquicos, psicosomáticos y de la fatiga.

Conclusiones.

En el estudio sobre las Condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores del Hospital Referente de área de Jesús María al año 2011, de provincia de Córdoba (Argentina), se ha podido llegar a las siguientes conclusiones de acuerdo a los resultados obtenidos:

- De los trabajadores encuestados el 73,1% pertenece a planta permanente, el 20,2% es contratado, el 5,9% monotributistas y el 0,8% residentes.
- Si bien un alto porcentaje de trabajadores pertenecen a planta permanente, hay un 20,2% de ellos que reciben menor salario, sumado a la inestabilidad laboral. Esta situación lleva a los trabajadores a tener más de un trabajo.
- El porcentaje de trabajadores que declaran poseer más de un empleo es del 53,8%, en su mayoría en instituciones de dependencia privada. Este dato adquiere relevancia si se tiene en cuenta que más del ochenta por ciento trabaja 35 o más horas semanales, lo que supone que casi la mitad de los trabajadores encuestados están expuestos a jornadas laborales extraordinariamente prolongadas. Este hallazgo de pluriempleo y posibles jornadas extendidas en trabajadores de un medio cuyo objetivo es atender las necesidades de salud de las personas, debe llevar a una profunda reflexión de las condiciones de trabajo en las que se desarrollan las mismas, más aun si se acepta el supuesto de que la calidad de la atención en salud está condicionada a las condiciones de trabajo de sus trabajadores. Machado³² considera que la multiplicidad de los vínculos laborales, por elección o por necesidad, implica la exposición de los trabajadores a varias condiciones de trabajo, físico, emocional y la falta de tiempo libre.

- Si bien se han hallado que el 20,2 % de los trabajadores no goza de estabilidad laboral, esta parecería ser simbólica, si se toma la definición que OIT adopta en los indicadores propuestos para trabajo decente.” Para un asalariado, se puede definir la estabilidad del empleo como la probabilidad de que no se dé por concluida su relación laboral a iniciativa del empleador dentro de cierto período”. Proponiendo como indicador de estabilidad laboral: Antigüedad inferior a un año (porcentaje de trabajadores que se desempeñan desde menos de un año). De los encuestados el 10,2% declara una antigüedad menor a 1 año mientras que el 45,8% lo hace entre 1 y 10 años y el 44% más de 20 años. Lo que se podría suponer que los trabajadores contratados gozan de una mínima estabilidad laboral, pero sus ingresos mensuales son menores al resto de los trabajadores de la dependencia.
- Al valorar las condiciones de medio ambiente del trabajo se halló que tanto la ventilación como la iluminación de los lugares de trabajo son valoradas positivamente por la mayoría de los encuestados. No se observa lo mismo en relación al inmueble y los recursos y equipamientos, que es mal valorada por más del 40% por ciento de los trabajadores, posiblemente debido a la insuficiente disponibilidad de recursos y equipos y a la precariedad del inmueble.
- Dentro de los riesgos a los que están expuestos los trabajadores se encuentran los materiales biológicos, tales como sangre y otros fluidos corporales, los que constituye uno de los factores de riesgo a los que más frecuentemente están expuestos los trabajadores del segundo nivel de atención, encontrándose que el 66,3% respondió estar en contacto con ellos. La exposición a químicos, en particular antisépticos, también fue referida con elevada frecuencia por los encuestados con un 58,3%.
- Por otra parte, y de acuerdo a lo esperado por la capacidad resolutive de este centro de atención hospitalario, la exposición a radiación ionizante, agentes citotóxicos y gases anestésicos, se presenta con una muy baja frecuencia.
- En cuanto a la valoración sobre la existencia de equipos de protección personal a disposición de los trabajadores y su utilización, puede observarse que el 55,5% respondió que tiene disponibilidad. Respecto a la utilización de los mismos el 40,3% respondió que los utiliza. No obstante, cabe destacarse la correspondencia existente

entre disponibilidad y uso, es decir se refiere que cuando están disponibles estos equipos de protección personal son muy frecuentemente utilizados.

- Lo llamativo es que 4,2% de los encuestados declara no conocer que son los elementos de protección personal, lo que revela necesidades de capacitación de los trabajadores en materia de salud y seguridad.
- En más del 80% de los trabajadores encuestados se refiere que adoptan posturas que generan dolor fuera del trabajo, y permanecen de pie por periodos prolongados de tiempo en más del 70% de los encuestados. La movilización de pacientes es conocida como causa de problemas musculo esqueléticos en los trabajadores de la salud, en este estudio se halló que más del 60% de los trabajadores encuestados moviliza y/o levanta pacientes. Nos encontramos con altos porcentajes de trabajadores expuestos a riesgos ergonómicos. El no considerarlos conllevaría a diversos efectos negativos que - en general - se expresan en lesiones, enfermedad profesional, o deterioros de productividad y eficiencia.
- Los niveles de inmunización encontrados con Triple Viral y para Hepatitis B supera el 68% de los trabajadores, para Influenza en un 65,5%. A pesar de las recomendaciones existentes, un número significativo de los miembros del equipo de salud no tiene un control adecuado acerca de su sistema de vacunación.
- Más del 90% de los trabajadores encuestados expresan estar de acuerdo en referencia a que su trabajo le requiere aprender cosas nuevas y que sea creativo. En contra punto es llamativo que al mismo tiempo valoren su trabajo como repetitivo más de un 70%.
- El grado de autonomía en el trabajo es valorado de manera positiva por los encuestados, el 81,5% manifiesta que el trabajo permite tomar decisiones por cuenta propia, así como la libertad de decidir cómo realizar el trabajo. El 73,9% de los trabajadores encuestados declaran tener oportunidades de generar habilidades especiales, y el 79% que se toman en cuenta sus opiniones.
- Los encuestados expresan estar en desacuerdo cuando se indaga sobre si el trabajo les exige trabajar duro y rápidamente en un 73,1 %.

- Necesitan reprimir sus verdaderas emociones en más de un 50% de los trabajadores encuestados, y manifiestan estar de acuerdo respecto a que su trabajo les exige mucho emocionalmente. El 65,6% de los trabajadores responde estar en desacuerdo ante la consigna *Apenas me levanto comienzo a pensar en los problemas del trabajo* teniendo en cuenta que el 34,4 % percibe esta situación.
- Una vez finalizado el horario laboral no consiguen desligarse de los problemas del trabajo en más del 65% de los trabajadores encuestados, lo que pueden conducir a situaciones como no lograr conciliar el sueño si se dejó algo pendiente o por el trabajo situación que declaran en un porcentaje mayor al 40% y al 20% para las respectivas situaciones.
- El 49,6% está de acuerdo con que el jefe/coordinador se preocupa por el bienestar del equipo de trabajo, el 54,7% declara ser tratado con respeto por sus superiores. Hay una percepción positiva respecto a la promoción del trabajo en equipo por parte de los jefes del 58%.
- Manifiestan que las decisiones son tomadas democráticamente en el grupo de trabajo en un 60,5% de los trabajadores encuestados.

Recomendaciones y sugerencias.

Este trabajo permitió ampliar el conocimiento sobre las condiciones de trabajo en el sector salud, en particular para quienes se desempeñan en el segundo nivel de atención en la ciudad de Jesús María. A partir de la información obtenida pueden formularse las siguientes recomendaciones, que pudieran ser consideradas por las autoridades sanitarias y los propios trabajadores de salud con el propósito de mejorar las prácticas, intervenciones y políticas sanitarias:

En primer término, se advierte la necesidad de consensuar políticas integradoras, entre las autoridades sanitarias y los representantes de los trabajadores de salud que incluya a las CyMAT como una problemática prioritaria.

En este sentido y a fin de maximizar la eficiencia y la eficacia de las actividades dirigidas a solucionar los problemas de salud y seguridad de los trabajadores, se recomienda la constitución de un comité mixto o tripartito de salud y seguridad en el

trabajo, que integre a representantes de: la dirección, los/as trabajadores/as y un experto en salud y seguridad en el trabajo, entendiendo que este comité constituye un ámbito propicio para promover la formulación y monitoreo de políticas e intervenciones en esta materia.

Entre las intervenciones o acciones a desarrollarse, surgen como prioritarias a partir de la información obtenida en este estudio las siguientes:

En cuanto a las condiciones de empleo, dada la elevada proporción de trabajadores que gozan de estabilidad y protección social, se considera que el esfuerzo debe estar centrado en sostener dichas condiciones.

En relación al medioambiente de trabajo se recomienda la adecuación del estado del mobiliario y el equipamiento del hospital.

Debiera procurarse mejorar la relación entre las exigencias que suponen las tareas que realizan los integrantes del equipo de salud y los recursos que disponen para llevarlas a cabo.

Respecto de la seguridad para el desempeño laboral. Se observa la necesidad de ampliar la disponibilidad de materiales y equipos de protección personal y capacitación para el uso del mismo con un seguimiento evaluado.

Dar mayor atención a los riesgos ergonómicos, que son percibidos más frecuentemente por los trabajadores.

Las condiciones derivadas de las características de la tarea, dada la franca valoración positiva de las mismas debiera darse continuidad y si fuera posible ampliar las acciones orientadas al fortalecimiento de los vínculos interpersonales entre los miembros de los equipos de salud y su capacidad de trabajo colaborativo.

Referencias bibliográficas.

- ¹Nieto HA, Mazzáfero VE. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires. Eudeba, 1999.
- ² Gestal J, Acevedo G. Aplicación al sector salud en la República Argentina. En: Salud laboral-Prevención de Riesgos en el Trabajo. 1ed. Editado por la Universidad de Santiago de Compostela: Unidixtal, S.L.D.L : C 1021-2009, 2009: 559 .
- ³ Organización Internacional del Trabajo. Texto de la Conferencia de Paz de 1919, donde se constituye la OIT. La Constitución de la OIT integra la Parte XIII del Tratado de Versalles, que puso fin a la Primera Guerra Mundial y es la respuesta orgánica frente a la cuestión social.
- ⁴ Gestal J, Acevedo G. Aplicación al sector salud en la República Argentina. En: Salud laboral-Prevención de Riesgos en el Trabajo. 1ed. Editado por la Universidad de Santiago de Compostela: Unidixtal, S.L.D.L: C 1021-2009, 2009: 559.
- ⁵ European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emergind physical risks related to occupational safety and health. Belgium, 2005. Tomado de Serie Nescon de Informes Técnicos N° 2. Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud/ Health and Work Conditions of Health Care Workers. Brasilia, OPAS, 2008: 38. En una investigación realizada en Chile un porcentaje importante trabaja más de 20 años en la institución.
- ⁶ Neffa JC. Presentación de la concepción dominante y de una visión alternativa. En Las Condiciones y Medio ambiente de Trabajo (CyMAT).Buenos Aires, 1995: 22.
- ⁷ Novick M. Trabajo, ocupación y empleo. Trayectorias, negociación colectiva e ingresos. Buenos Aires: Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, 2005: 17.
- ⁸ Abramzón MC. Argentina: recursos humanos en salud en 2004.1 ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2005: 112.
- ⁹ Vega Ruiz ML. La Reforma Laboral en América Latina: 15 años después. 1ed. Lima: Copyright Organización Internacional del Trabajo, 2005: 280.
- ¹⁰ Novick M. En Desafíos de la gestión de Los recursos humanos en Salud: 2005-2015. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2006: 66.
- ¹¹ Novick M. Trabajo, ocupación y empleo: Trayectorias, negociación colectiva e ingresos. Buenos Aires: Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, 2005.
- ¹² Instituto sindical de trabajo y salud. Doble presencia.
<http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=1979> [consulta: 2 sept 2011]
- ¹³ Parra Garrido M. Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Análisis Conceptual y Sugerencias de Acción. Ciencia y Trabajo. Octubre/Diciembre 2004, 6 (14): 153-161.
- ¹⁵ Burijovich J y Pautassi L. Calidad de empleo y calidad de la atención en salud en Córdoba, Argentina. Aportes para políticas laborales más equitativas. Serie Mujer y Desarrollo N° 60. CEPAL, 2005: 91.
- ¹⁶ Fernández Larraguibel B, y Paravic Klijn T. Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la provincia de Concepción, Chile. Cienc. enferm. [revista en

la Internet], 2003 Dic [citado 2011 Nov 03]; 9(2): 57-66. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200006&lng=es.
doi: 10.4067/S0717-95532003000200006.

¹⁷ Brunner A, Burg TM, Bobens C, Schmid T, Troy, CD y Wagner A. Arbeitsbedingungen Arbeitsbelastungen und in den Gesundheitsberufen Neiderösterreich (1.15MB PDF) [Las condiciones de trabajo y las presiones de trabajo en las profesiones de la salud en Baja Austria], Viena, Sozialökonomische Forschungsstelle, 2010.

¹⁸ Competition Commission. Private medical services: a report on the agreements and practices relating to charges for the supply of private medical services by NHS consultants. London: HMSO, 1994.

¹⁹ Ferrinho P, Lerberghe WV, Fronteira I, and Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Hum Resour Health*. 2004; 2:1-17.

²⁰ García Prado A, González P. El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones. *Gaceta Sanitaria* 2006, 20 (Supl 2): 29-40. Disponible el 25/01/2008 en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen.pident=13089481>.

²¹ Furtado Betise Mery Alencar Sousa Macau, Araújo Júnior José Luiz Correia de. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta paul. enferm.* [serial on the Internet]. 2010 Apr [cited 2011 May 16]; 23(2): 169-174. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200003&lng=en. doi: 10.1590/S0103-21002010000200003.

²² Amigot B, Rasetti B. Las condiciones y el ambiente de trabajo: su relación con los procesos de salud-enfermedad en el personal de enfermería de un hospital público polivalente *Revista Investigación en Salud - Vol. 8 - Número especial*, 2007.

²³ Avendaño C, Grau P, Yus P. Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público en Chile. *Revista Enfermería*, 1995. Colegio de Enfermeras de Chile. Dic. 15-26.

²⁴ Salvo C. Estrés laboral, extra laboral y síntomas psicossomáticos en la mujer enfermera. [Tesis para optar al grado de magister en Enfermería Médico-Quirúrgica]. Chile. Universidad de Concepción, Servicio de Salud VI Región, 1995.

²⁵ Noriega M, Gutiérrez G, Méndez I and Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1361-1372. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500031.

²⁶ Brunner A, Bürg TM, Bobens C, Schmid T, Troy CD and Wagner A. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen Neiderösterreich (1.15Mb PDF) [Working conditions and work pressures in healthcare professions in Lower Austria], Vienna, Sozialökonomische Forschungsstelle, 2010.

²⁷ Ferraras Remensal A. Evaluación de las condiciones ergonómicas en el sector sanitarios. Instituto de biomecánica de valencia. Disponible en http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xvcongreso/dia2/mesa4_AlbertoFerrerasRemesal.pdf [consultado noviembre de 2011]

²⁸ Paravic T. Satisfacción laboral de mujeres académicas de la Universidad de Concepción. Chile. [Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería] Universidad de Sao Paulo. Brasil, 1998.

²⁹ Locke E. De nature and causes of job satisfaction, in Dunnette, M. Handbook of industrial and organizational psychology, Rand-Mc Nally College, Chicago. EE.UU, 1976: 1297-1349.

³⁰ Robbins S. Comportamiento organizacional. Conceptos, controversias y aplicaciones. 3ª ed. Mexico: Edit. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A, 1987.

³¹ Moss R. & Rowler C. Staff nurse job satisfaction and management style. Nursing management. Jan. 28(1): 32-34. EE.UU, 1997.

³² Machado MH. Como SUS profissões e: conflitivas arenas. Divulg Debate Saúde, (14): 44-7, 1996. (14): 44-7.