

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en:

Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú



Autoridades TC41- NESCON

- Gerente del Proyecto TC 41: Dr. José Paranaguá de Santana OPS-OMS Brasil.
- Coordinador NESCON: Dr. Francisco Eduardo de Campos.

Coordinadores Responsables por OPS/OMS:

Dr. Carlos Rosales. HSS/HR.

Dr. Maritza Tennasee. SDE.

Responsables de la investigación Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en los países seleccionados: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú

- Coordinación General de la Investigación: Marta Novick.
- Coordinación Técnica: Silvia E. Pozzan, CONICET, Argentina.

Consultores encargados del relevamiento por país:

- Argentina: Ana María Catalano, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Brasil: Ada Avila Assunção, NESCON/Universidad Federal de Minas Gerais.
- Costa Rica: José Manuel Valverde, Investigador Universidad de Costa Rica.
- Perú: María Casas Sulca, Asesora del Colegio de Enfermeros del Perú – CR III, Docente, Consultora de Recursos Humanos, Lima, Perú.

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.
Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en
Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú
Washington, D. C.: OPS, © 2012.

ISBN 978-92-75-31663-4

I Título

1. SERVICIOS DE SALUD DEL TRABAJADOR
2. SALUD OCUPACIONAL
3. PERSONAL DE SALUD
4. VIGILANCIA DEL AMBIENTE DE TRABAJO
5. CONDICIONES DE TRABAJO
6. ARGENTINA
7. BRASIL
8. COSTA RICA
9. PERÚ

NLM WA 412

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. [El Área de..., Proyecto] podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Proyecto TC 41- Nescon UFMG

La nueva estrategia de la Red de Atención a la Salud de los Trabajadores de la Salud, en el marco del Programa de Cooperación Internacional en Salud de la OPS-Brasil (TC41), el Área de Sistemas y Servicios de Salud basados en la Atención Primaria de Salud/Recursos Humanos en Salud y el Ministerio de la Salud de Brasil por medio del Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) de la Universidad de Minas Gerais (UFMG), prevé una serie de acciones que se emprenderán en diferentes niveles, con los siguientes objetivos:

1. Desarrollar investigaciones sobre datos básicos y estudios de caso. Se plantea realizar investigaciones que permitan la comparabilidad entre países, teniendo en cuenta cuáles son los recursos disponibles para la investigación en cada país.
2. Apoyar la formulación de políticas públicas intersectoriales para mejorar la salud y las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.
3. Apoyar e implementar políticas nacionales y regionales para tratar problemas de salud específicos de los trabajadores de la salud.

Este documento presenta uno de los resultados del proyecto para los países de América Latina y el Caribe (ALC), cuyos antecedentes son:

Taller de Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores del Sector Salud, NESCON/UFMG, Ouro Preto, Brasil, enero de 2006. Contó con el apoyo del Ministerio de Salud de Brasil, de la OPS-OMS y de expertos de diferentes países.

Foro y Taller de Trabajo Decente en el Sector Salud, Buenos Aires, Argentina, noviembre de 2006, organizado por los Ministerios de Salud y Trabajo de Argentina y Brasil con la cooperación de la OIT y de OPS/OMS.

Taller Organización de la Encuesta Regional y curso virtual sobre condiciones de salud de los trabajadores de la salud, OPS/OMS - NESCON/UFMG, San José, Costa Rica, junio 2007.

Taller NESCON/UFMG - OPS/OMS, Belo Horizonte, 2008, Condiciones de Salud y Trabajo en el sector salud.

RESUMEN

La investigación "Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de la Salud, en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú", tenía como objetivo analizar los determinantes de la situación de trabajo y salud de los trabajadores de la salud, así como generar indicadores para monitoreo y evaluación de la situación de trabajo y salud de los trabajadores de la salud. Entre los temas tratados en este estudio están las modalidades de contratación, tipo de jornadas laborales (diaria, semanal, otras), salarios y otras remuneraciones, actividades de capacitación, en general y vinculadas con la problemática de riesgos del trabajo, riesgos a los que están sometidos los trabajadores en su centro de trabajo, conocimiento y percepción por parte de los trabajadores acerca de estos riesgos y lo relativo al "burnout". El estudio es de carácter exploratorio y cualitativo y se realizó en dos unidades públicas de salud (seleccionadas de manera intencional) de cada uno de los países. En cada unidad de salud se aplicaron entrevistas y encuestas autoadministradas a médicos y enfermeras.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN.....	3
1. CONTEXTO Y CAMBIOS EN AMÉRICA LATINA, EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI	7
2. MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.1 El concepto de Trabajo Decente	9
2.2 El sector salud y la gestión del trabajo	16
3. EL PERSONAL DE SALUD EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS.....	15
3.1 ARGENTINA	15
3.2 BRASIL.....	21
3.3 COSTA RICA	23
3.4 PERÚ	26
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
4.1. Modalidades de contratación.....	29
4.2 La dimensión del pluriempleo en los trabajadores de la salud.....	38
4.3 Trabajo por turnos	37
4.4 Percepción de las condiciones de trabajo	38
4.5 Principales riesgos percibidos	41
4.6 "Burnout" en el personal de salud	50
5. REFLEXIONES Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO REALIZADO	59
6. REFERENCIAS	63
7. ANEXOS	67
INDICADORES	75
FORMULARIOS APLICADOS	79

PRESENTACIÓN

Desde el año 2006, con la declaratoria del Día Mundial de la Salud dedicado a los trabajadores de la salud, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inició un trabajo sostenido por parte de la OPS (HSS/SDE) para llamar la atención acerca de la importancia de analizar e intervenir sobre la situación de salud, seguridad y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Esto, en la medida de que los trabajadores de la salud representan el recurso más importante con que cuentan los sistemas y servicios de salud para atender las necesidades de salud de la población.

Sin embargo, al analizar el grado de desarrollo y conocimiento que existe sobre esta temática, resalta la escasa o nula definición de políticas y programas que atiendan las especificidades que presenta el trabajo en el área de la salud.

Durante la década de los noventa observamos un creciente proceso de precarización del trabajo, con expresiones claras de deterioro del contrato de trabajo y las condiciones de trabajo en salud. A partir de la siguiente década, surgen en algunos países (Brasil, Argentina, Paraguay, Perú, concretamente) procesos de desprecariación del trabajo como parte de las políticas nacionales de recursos humanos.

Estos procesos han implicado, en buena medida, el reconocimiento de que los derechos laborales forman parte de los derechos humanos y que la iniciativa de Trabajo Decente, propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), básicamente viene a reafirmar los derechos laborales con que cuenta cada trabajador de la salud y a los cuales no se puede renunciar, tales como:

- reglamentación de las horas de trabajo,
- fijación de la duración máxima de la jornada y de la semana de trabajo,
- contratación de la mano de obra,
- lucha contra el desempleo,
- garantía de un salario adecuado,
- protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo,
- protección de los niños, de los adolescentes y de las mujeres,
- pensiones de vejez y de invalidez,
- protección de los intereses de los trabajadores ocupados en el extranjero,
- reconocimiento del principio de salario igual por un trabajo de igual valor y del principio de libertad sindical,
- organización de la enseñanza profesional y técnica.

Al analizar la situación de los trabajadores de la salud en la Región de las Américas, el primer escollo que se enfrenta es la escasa información disponible. Por este motivo, y en el marco del Día Mundial dedicado a los trabajadores de la salud, es que se lanza un proyecto colaborativo con el apoyo financiero de la Secretaría de Gestión del Trabajo en Salud de Brasil, la Universidad Federal de Minas Gerais en coordinación con su Núcleo de Educación en Salud Colectiva (NESCON), los Ministerios de Trabajo de Argentina y Brasil y la OPS, para generar información sobre condiciones de trabajo e indicadores de trabajo decente, con enfoque de género, como base para desarrollar programas de capacitación para el abordaje de esta problemática, desde la gestión de recursos humanos.

Es en este contexto que surge la investigación sobre “Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en los hospitales de Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú”, que creemos sienta las bases para el análisis y el inicio de un proceso de reflexión y acción en este campo de trabajo. En este sentido, queremos llamar la atención de los gestores de recursos humanos sobre las implicaciones e importancia que reviste este tipo de información, para una adecuada gestión de los servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

El libro “Desafíos de la gestión de RRH en salud 2005-2015” (Novick y Rosales, OPS, 2006), en la dimensión vinculada al trabajo de los trabajadores de la salud, se plantea como objetivo: “Abogando por trabajo decente para los trabajadores de la salud”.

Paralelamente, en el “Marco para la Acción” aprobado en Toronto, se planteó “la Década de Recursos Humanos en Salud”, que posteriormente fue refrendada en la resolución CSP27/10 sobre Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, durante la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.a Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre del 2007, en la cual se planteaba que:

Prácticamente todos los países de la Región, sin dejar de reconocer su extraordinaria diversidad, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos.

Este planteo de la década de recursos humanos en Salud, incluye el reto de la “creación de condiciones de trabajo dignas, saludables y estimulantes”, con cuatro metas específicas, que son:

la creación de condiciones de trabajo dignas, saludables y estimulantes, la reducción a la mitad del empleo precario, 80% países con política de salud y seguridad de los trabajadores de salud y el 100% de países con mecanismos de negociación y leyes para prevenir, mitigar o resolver conflictos de trabajo.

En el libro mencionado (Novick y Rosales, OPS, 2006), se señalaban distintos objetivos y acciones a fin de complementar la meta del Trabajo Decente (tal como fuera planteada por el Director de la OIT en su Conferencia Internacional de 1999). Entre ellos se planteaba la necesidad de la ampliación de la base cognoscitiva y de competencias de los gestores de salud para el manejo del campo de RRHH; la aplicación efectiva de un enfoque multidisciplinario e intersectorial, mediante la alianza estratégica (salud/trabajo/ educación/ambiente) adoptada en la IV Cumbre de las Américas (Mar del Plata, 2005).

Un objetivo central de esta estrategia consistía en: “Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y seguridad de los trabajadores de la salud en el marco de la iniciativa decenal de recursos humanos”.

Entre sus objetivos específicos están:

- *Apoyar el desarrollo de políticas públicas intersectoriales para la mejoría de las condiciones de salud, trabajo y seguridad de los trabajadores de la salud: a) protección social y enfoque de derechos; b) sistemas de atención y c) ámbitos de trabajo saludables.*

- *Evaluar y fortalecer las capacidades institucionales para el abordaje de la situación de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.*
- *Analizar los determinantes de la situación de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.*
- *Generar indicadores para monitoreo y evaluación de la situación de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.*

Con base en esos objetivos y la imperiosa necesidad de generar información y elementos de análisis para la propuesta y ejecución de políticas, se resolvió llevar a cabo un estudio focalizado en condiciones de empleo, trabajo y salud de los trabajadores de la salud en hospitales públicos, en cuatro países: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú.

El objetivo general de esta investigación era: *“Generar información que permita analizar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en el sector público”*.

Como objetivos específicos se definieron:

- *Establecer la relación entre las condiciones de empleo y trabajo y la salud de los trabajadores.*
- *Identificar los principales problemas en relación con la salud de los trabajadores y la percepción que tienen sobre las mismas.*
- *Identificar estrategias de protección de los trabajadores, a nivel de las unidades de atención.*
- *Conocer la información que tienen los trabajadores seleccionados sobre los riesgos a los que están expuestos.*
- *Conocer la existencia de planes específicos de las instituciones donde se desempeñan para atenuar la exposición a los riesgos.*

La investigación incluyó dos grupos de profesionales: médicos y enfermeras.¹

La selección de los países y las unidades no respondieron necesariamente a criterios estadísticamente representativos. Se tomaron dos países grandes (Argentina y Brasil) con modelos de atención y políticas de salud diferentes, un país del área andina (Perú) y un país de Centro América (Costa Rica). Si bien, como se señaló, no es un estudio estadísticamente representativo, los diferentes perfiles de los sistemas de salud, así como epidemiológicos, permitieron obtener información muy interesante de la cual se desprende que, a pesar de la diversidad existente, la problemática de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en los diferentes países, presentan más coincidencias que diferencias.

El presente documento reúne los principales resultados para cada uno de los cuatro países estudiados, en materia de condiciones de empleo, trabajo y salud de los trabajadores de la salud.

¹ Analizando algunos estudios realizados por la Unesco sobre condiciones de trabajo y salud en el sector docente, y considerando las dificultades financieras para encarar trabajos de gran envergadura que permitieran tener datos estadísticos confiables sobre el conjunto del personal de salud, se propuso realizar estudios cualitativos en cuatro países en efectores públicos que permitieran generar una información de base para avanzar en el conocimiento de esta problemática.

Aspectos metodológicos

El estudio era de carácter exploratorio y cualitativo y se realizó en dos unidades públicas de salud (seleccionadas de manera intencional) de cada uno de los países. Las técnicas empleadas fueron entrevistas y encuestas autoadministradas al personal médico y de enfermería y observación cualitativa en los diferentes niveles de la fuerza de trabajo de cada unidad.

Para responder a las preguntas del estudio, se integró y analizó la información relevada de los diferentes niveles de los que se obtuvo información: a) de las principales autoridades y directivos, b) profesionales de la medicina y enfermería y, c) de un cuestionario auto administrado a un conjunto significativo de profesionales de cada disciplina.

Las principales dimensiones consideradas fueron: I) modalidades de contratación, II) jornada diaria y semanal, III) salarios y remuneraciones, IV) actividades de capacitación (en general y vinculadas con la problemática de riesgos del trabajo), V) riesgos a los que están sometidos los trabajadores, conocimiento y percepción de los mismos y en particular lo relativo al burnout².

Si bien se aplicaron los mismos instrumentos de recolección de información (ver Anexo: Cuestionarios de instrumentos de recolección de la información) y se trató de uniformar en la medida de lo posible la metodología de relevamiento, es obvio que la aplicación de un mismo instrumental por cuenta de diferentes personas en contextos diferentes, generó alguna heterogeneidad en la forma de relevamiento, aunque los resultados permiten identificar el avance en algunos temas, la persistencia de otros y la emergencia de problemas nuevos.

Cabe destacar que es la primera vez que en América Latina se tienen datos sistemáticos sobre esta problemática, que permiten identificar algunos cambios importantes en materia de gestión de recursos humanos, así como caracterizar nuevos problemas y dimensiones.

Número de entrevistas realizadas en cada país a profesionales en medicina y enfermería

Países	Director Institución	Directores médicos y Jefes de enferm.	Auto administradas		Prof. Enfermería	Prof. Médicos	Total de encuestas
			ENF	MED			
Argentina	2	11	124	123	24	22	306
Brasil	2	5	110	98	17	20	252
Costa Rica	2	10	116	117	20	18	283
Perú	2	12	60	60	20	20	174
Total	8	38	410	398	81	80	1.015

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud (2010).

² Según Darío Montenegro y María Alejandra Silva, el burnout tiene tres componentes esenciales: agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de inadecuación profesional (trabajo presentado XVIII Congreso Nacional de Medicina General y el Equipo de Salud. EL BOLSON, RIO NEGRO, 13 AL 17 de noviembre, 2003.

La información de base obtenida permitió avanzar en el conocimiento de la problemática acerca de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud, con base en los informes nacionales preparados por los consultores de Argentina: Lic. Ana María Catalano; de Brasil: Dra. Ada Ávila Assunção; de Costa Rica: M.Sc. José Manuel Valverde y de Perú: Lic. María Casas Sulca.

El análisis de los datos recolectados, permitieron identificar y caracterizar las condiciones de trabajo y salud de médicos y enfermeras en las unidades de atención seleccionadas, los principales problemas, la convergencia y divergencia en los resultados por parte de los sectores involucrados. Sin duda alguna, la información generada es un aporte sumamente útil y necesario para la formulación de políticas en este campo.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se hace una presentación del contexto de América Latina y los cambios económicos, sociales e institucionales más relevantes ocurridos en la primera década del siglo XXI.

En el capítulo segundo se expone el marco conceptual que sirve de norte al estudio de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud, con especial referencia a la propuesta de Trabajo Decente y al tema de la gestión del trabajo en el área de la salud.

En el siguiente capítulo, el tercero, se hace una breve caracterización del sector salud y del personal del salud en cada uno de los países seleccionados, a saber, Argentina, Brasil, Perú y Costa Rica.

En el capítulo cuarto, se exponen los resultados de la investigación de manera comparada, con especial referencia a temas como modalidades de contratación, el pluriempleo, jornadas, percepción de las condiciones de trabajo, principales riesgos percibidos, y el stress y el "burnout" en el personal de salud. Con esta información se cuenta con una primera aproximación al conocimiento de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud, esencial para poder formular políticas y estrategias tendientes a resolver algunos de los problemas identificados.

En el capítulo quinto y último, se presentan algunas conclusiones sobre los principales hallazgos del estudio y se formulan algunas recomendaciones, para continuar profundizando en el conocimiento de esta importante problemática. Al final de este documento se incluyen los instrumentos de recolección de la información que se utilizaron, con el propósito de que puedan ser utilizados por otros investigadores interesados en esta temática.

Dr. Ruben Torres

Gerente a.i.

Área de Sistemas de Salud basados en la APS (HSS)

CONTEXTO Y CAMBIOS EN AMÉRICA LATINA, EN LA PRIMERA DÉCADA DEL SIGLO XXI

A l finalizar la primera década del Siglo XXI, la mayoría de los países de América Latina están transitando procesos de cambio económico y social, luego de un período de más de dos décadas de fortalecimiento de un paradigma de crecimiento basado en el libre funcionamiento de los mercados. Las limitaciones de este enfoque han dado lugar a un debate conceptual y político que aspira a la definición de un nuevo modelo que supere los obstáculos generados por la desregulación, la apertura irrestricta y el ajuste estructural, que sucedieron al denominado Estado de Bienestar (que se caracterizó de manera idiosincrática y alejado del modelo tradicional europeo) (Novick y Catalano, 1992).

Como en los años 50 y 80, el siglo XXI encuentra a muchos de los países latinoamericanos tratando nuevamente de encontrar un sendero de desarrollo sostenible, que combine crecimiento con equidad. Beneficios decrecientes, inclusive fatiga con el modelo de industrialización mercado-internista o por sustitución de importaciones (ISI) impulsado por el Estado, allanaron el camino para un giro drástico de políticas.

A diferencia del modelo de la ISI, que con todas sus inconsistencias macroeconómicas, suponía una articulación entre las dimensiones económica y social de manera que la política económica “endogeneizaba” los objetivos sociales,³ el modelo de los 90’ implicó una suerte de “de-linking” entre ambas dimensiones, al concebir el desarrollo sólo desde la economía, enfatizando un absoluto predominio del mercado y de la noción de eficiencia por sobre la de equidad. El enfoque dominante era que el crecimiento económico garantizaría por sí solo un “derrame” hacia lo social, por lo cual el progreso en esta esfera sería el resultado casi automático del mismo (Lengyel y Novick, 2007).

La crisis del proyecto neoliberal (Consenso de Washington) en Latinoamérica, generó un conjunto de demandas sociales y produjo una nueva etapa política que provocó una revisión tanto de los modelos y las políticas de la pasada década, como de la noción misma del Estado y su rol en materia económica y de política laboral y social. Las dimensiones sociales (trabajo, salud, educación), variables consideradas como un elemento de ajuste “automático”, que debían acompañar las transformaciones macro sociales, retoman -en parte y en algunos países- un rol central.

³ Ver, por ejemplo, Ocampo (2005).

Así, en los últimos años, Latinoamérica ha atravesado por una fuerte recuperación, que no se redujo sólo a alcanzar un conjunto de indicadores socioeconómicos⁴ similares a los del período previo a la crisis de la deuda, sino que ha incluido la recuperación del rol del Estado como instancia articuladora de los conflictos sociales y garante de la reproducción del sistema. Por otro lado, el aumento de los precios de los productos exportables -por ejemplo petróleo (Venezuela), cobre (Chile)- en manos del sector público, o en los que el Estado pudo asociarse indirectamente a través de impuestos -soja, aceite y carne en la Argentina-, le permitieron fortalecer su autoridad ante los actores sociales domésticos e internacionales e incrementar sus grados de libertad en materia de política macroeconómica y social.

La expansión del mercado interno articulada con el incremento de la inversión pública, están constituyendo factores centrales en esta recuperación de la capacidad estatal, todavía debilitada y surcada por estrategias y estructuras acuñadas en etapas muy diferentes.

Uno de los nuevos desafíos de la región, apoyado por la acción de los organismos y agencias internacionales, es avanzar en la extensión de la cobertura de la protección social -el "piso de protección social" (OIT, PNUD, entre otros)- que, a pesar de las dificultades de su definición, implica el acceso por parte de toda la población a una serie de servicios básicos (para garantizar un conjunto de "bienes públicos") entre los cuales se encuentra el acceso a servicios de salud de calidad, cobertura de ingresos, infraestructura (vivienda, acceso a agua potable, cloacas, etc.) (Informe Bachelet, 2011).

Los servicios de salud y su accesibilidad se transforman, de este modo, en un objetivo prioritario en la búsqueda por la equidad y una mejora en la calidad de vida, tanto en materia de cobertura como de calidad de atención, constituyéndose el trabajador de salud en el intermediario entre el conocimiento y la población, en el marco de las instituciones sectoriales, planes y programas asociados a la prestación.

Las transformaciones y desafíos del sector afectan a las instituciones, y como tal, se extiende a la problemática de la gestión de recursos humanos, obligando a una nueva mirada del tema y a la elaboración de una propuesta renovada. La certeza de que los ámbitos de acción se han modificado, requieren de una revisión y discusión amplia, tanto con los actores sociales, como con los gobiernos que cotidianamente deben dar respuesta a esta problemática central para el adecuado desempeño de los sistemas de salud.

En ese marco, se refinan tanto el rol de rectoría de los Ministerios de Salud, como las políticas que se aplican y el sistema de servicios que debe dar cuenta y responder a las políticas para brindar salud, en sentido integral, al conjunto de la población.

⁴ La tasa de crecimiento del PBI ronda el 5% anual, los niveles de pobreza son similares a los de un cuarto de siglo atrás y el PBI por habitante para 2005 es 11% superior al de 1980 (Ocampo, 2006b).

MARCO CONCEPTUAL

2.1 El concepto de Trabajo Decente⁵

A fines de 1994, con motivo de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social que reunió a los países miembros de la ONU para evaluar los impactos del nuevo orden mundial, la Unión Europea se pronunció sobre la necesidad de contribuir con un progreso económico-social equilibrado y sostenible, a nivel internacional. La síntesis de la convocatoria para la reunión que se celebró en 1995, en Copenhague, proclamaba:

El desarrollo social es indisociable de la democracia; el respeto de los derechos humanos implica la participación de la sociedad civil, especialmente mediante el diálogo entre los interlocutores sociales. Es necesario incluir actuaciones estructurales, a escala nacional e internacional, en las políticas económicas para garantizar la durabilidad del crecimiento y prevenir la aparición de desigualdades excesivas.

Para que la declaración trascendiera del plano propositivo, se encomendó a la OIT el seguimiento y la asistencia a los estados para mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. Esta delegación fue asumida y enunciada en 1999 cuando en su informe a la Conferencia Internacional del Trabajo, el director del organismo postuló, a modo de síntesis de los fines propuestos y como objetivo prioritario, apoyar en los países adherentes la generación de "Trabajo Decente".

El término, que alude a los derechos fundamentales de los trabajadores, rápidamente fue adoptado como plataforma para el diseño de políticas, como meta a ser alcanzada, como herramienta para la creación de trabajo digno y sustentable, y también, como una nueva categoría que abre diferentes posibilidades analíticas en el campo laboral.

Sin embargo, por ser el Trabajo Decente un concepto en permanente reconstrucción y reelaboración, a pesar del tiempo transcurrido desde su lanzamiento, mantiene cierta ambigüedad. ¿Qué se entiende por Trabajo Decente y cómo se mide?. Estos interrogantes surgen por ser un enunciado con múltiples dimensiones, lo cual complejiza su operacionalización. Al mismo tiempo, la valoración de cómo y porqué un trabajo es decente varía frente a las distintas

⁵ Parte de este desarrollo es extraído de María Estela Lanari "Trabajo decente: significados y alcances del concepto. Indicadores propuestos para su medición" Serie Estudios, Trabajo, Ocupación y Empleo, N° 3 año 2005, MTEySS.

realidades, por lo que podemos hablar de una categoría cambiante que, aunque imprecisa, tal como señaló Oscar Ermida Uriarte (2001), posee un alto contenido ético.

En este sentido, los elementos que otorgan precisión al concepto son, por un lado la situación del empleo, y por otro, la protección social de los trabajadores. Si bien ello está enunciado en cuatro objetivos básicos y constitutivos de la OIT: I) *efectiva aplicación de normas internacionales del trabajo*; II) *mejoramiento de las condiciones de empleo e ingresos*; III) *ampliación de la protección social* y IV) *fortalecimiento del diálogo social*, parece más que oportuno retomar las premisas que a principios de los noventa justificaron la creación de esta institución.

En síntesis, el Trabajo Decente es:

- Trabajo productivo y seguro.
- Con respeto por los derechos laborales.
- Con ingresos adecuados.
- Con protección social.
- Con diálogo social, libertad sindical, negociación colectiva y participación.

Así el Trabajo Decente se materializa en toda ocupación productiva que es remunerada justamente y que se ejerce en condiciones de libertad, equidad, seguridad y respeto a la dignidad humana.

Una de las dimensiones del Trabajo Decente es la seguridad.

La seguridad incluye: la higiene, salud ocupacional y condiciones de trabajo.

Algunos indicadores de seguridad son:

- Frecuencia de accidentes por el trabajo de los adultos y niños ocupados.
- Evolución de días no trabajados por accidentes de los adultos y niños ocupados.
- Evolución de infracciones sobre condiciones en el trabajo, detectadas por la inspección laboral.
- Distribución porcentual de las horas de trabajo de adultos y niños ocupados.
- Sistemas de seguridad social.
- Porcentaje de gastos públicos en salud del PBI.

En el marco de los acuerdos interagenciales⁶ y en términos de los Objetivos del Milenio que incorporó el concepto de Trabajo Decente y fijó metas por país, es importante ubicar esta investigación, entendiendo que condiciones de trabajo y salud tienen un fuerte impacto en la prestación de servicios de salud y, por ende, en la salud de la población.

Esto significa partir de una premisa básica según la cual *el trabajo no puede alterar la salud y seguridad de los sujetos que en él se desempeñan*. En 1997, la OMS identificó la exposición de los individuos a los riesgos ocupacionales, resaltando los riesgos ergonómicos y físicos que

⁶ Alianza intersectorial: Salud y Trabajo. Apoyo de OPS, OIT, CEPAL Marco de la Cumbre de Mar del Plata y del Llamado de Toronto.

afectan al 30% de la fuerza de trabajo en los países desarrollados y del 50% al 70% en los países en desarrollo. Se suman a la gravedad del problema, 200 agentes biológicos y 100.000 diferentes sustancias químicas. (Nescon, 2008). Los trabajadores de la salud son afectados por muchos de estos factores (aunque su auto percepción como prestadores de servicios haya condicionado escasa conciencia y no suficientes esfuerzos en la materia).

El creciente desarrollo de tecnologías novedosas y sofisticadas que se ofertan sin garantizar procesos de entrenamiento para su adecuada operación, exponen al trabajador a nuevos riesgos a ser abordados, controlados y eliminados. Los riesgos conocidos como el Sida (HIV) y la Hepatitis B dentro de los biológicos, las radiaciones y los trastornos ergonómicos dentro de los físicos, así como el uso de anestésicos y agentes esterilizantes dentro de los químicos, continúan representando un alto riesgo para la fuerza laboral en salud (Nescon, 2008).

Como lo afirma Rosales (2006), un imperativo del presente en las políticas de salud es mejorar el desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad, universalidad, calidad, efectividad y eficiencia. Los trabajadores de salud constituyen el elemento esencial de los sistemas de salud; hay creciente aunque poco sistemática evidencia de que las condiciones de empleo y de trabajo se han deteriorado en los últimos años; se requieren políticas e instituciones sostenibles para mejorar dichas condiciones y asegurar una mejor contribución del personal a los resultados sanitarios de los sistemas de salud.

En esa línea, el paradigma de Trabajo Decente ofrece un marco de política pública para avanzar en ese sentido. La utilización del concepto de Trabajo Decente, adaptado no sólo a cada país, sino a los sectores específicos, permite que sea utilizado como un instrumento de diagnóstico y de evaluación de políticas, poder analizar procesos de manera evolutiva, efectuar comparaciones en el tiempo y entre sectores y/o países, pero sobre todo facilita la identificación de las dimensiones más fuertes y las más débiles de cada sistema para orientar políticas específicas, identificando también el nivel del problema (marco nacional, sectorial, subsector, prestador o puesto específico de trabajo, etc.).

En otros términos, trabajar con este concepto en la gestión del trabajo en salud, permite también la articulación y cooperación entre distintos actores e instituciones gubernamentales y sociales, porque fortalece la idea sostenida en la "Década de Recursos Humanos en Salud" y coloca en el centro del debate a los trabajadores de la salud.

2.2 El sector salud y la gestión del trabajo

El sector salud está atravesado, en materia de recursos humanos, por un sistema complejo de dimensiones que interactúan entre sí y que ubican este campo como factor crítico para una adecuada calidad de la atención.

El alargamiento de las expectativas de vida en la mayoría de los países, está asociada al aumento de las patologías crónicas que requieren, idealmente, la intervención coordinada de diferentes especialistas. Considerando que actualmente el 12% de los enfermos padecen enfermedades de larga duración (Triomphe, 2010), debe advertirse que el sistema está construido sobre un paradigma de "cura" frente a un infortunio o dolencia puntual, o, en el mejor de los casos, de acciones preventivas. A su vez, la explosión de tecnologías médicas induce a un crecimiento de especialistas y sub especialistas. Ambas dimensiones exigen un replanteo hacia la planificación y formación permanente de los recursos humanos. En esta nueva etapa se requiere con premura, planificación y articulación entre los modelos de atención en salud, las

prioridades establecidas para el corto, mediano o largo plazo, para poder planificar –aunque de manera flexible– los recursos humanos, las calificaciones requeridas, los equipos de salud a organizar, y sus condiciones de trabajo y salud, para lograr avanzar en el logro de una mayor accesibilidad y equidad en materia de atención de salud (Novick, Rosales, 2006).

Simultáneamente, los procesos de reforma en la región en los 90, tendientes en su gran mayoría a la disminución del gasto público, a la descentralización de las funciones de ejecución y a la separación entre la financiación y la prestación, iniciaron un conjunto de procesos y dinámicas que, se superpusieron a las vigentes en los modelos estatales “burocráticos”. Dado que la mayoría de los procesos de reforma carecieron de integralidad, los marcos regulatorios en muchos casos se superpusieron a sistemas previos, no siempre homogéneos o claros. Los recursos humanos han sido descuidados en la mayoría de los procesos de reforma (Dussault, 2002; Bach, 2003) y no siempre recuperada su valoración en la actual etapa de recuperación del rol del Estado.

Debe resaltarse también que cuando se hace referencia a los trabajadores de la salud, se trata de una proporción importante de la Población Económicamente Activa (PEA). En Europa llega al 10% (y es del 7% en los Hospitales), y en los países de la región latinoamericana oscilan entre el 6 y el 7%.

Las reformas estuvieron acompañadas por un avance de la precariedad, del aumento de contratos de fuerte vulnerabilidad laboral, un deterioro de las condiciones de trabajo signados por la extensión de jornada, por el aumento en la intensidad de trabajo, por la desintegración de los equipos de salud, que configuraron un conjunto de problemas que afecta a la gestión en salud ya que dificultan el cumplimiento de los objetivos de salud de la población, por el deterioro que se produce en las prácticas, en la calidad de atención, etc. Ello significa que la problemática del trabajo y las condiciones en que se desarrolla, en términos de jornada, salarios, organización del trabajo, preservación de la salud de los trabajadores, y demás dimensiones que hacen al concepto de Trabajo Decente (OIT, 1999), adquieren una significación particular para este colectivo de trabajadores.

La importancia que el recurso humano tiene en el sector, tanto en materia de calidad de atención, como en importancia presupuestaria, obliga a diagnosticar la situación, analizar su complejidad y avanzar en una mejora de sus condiciones de trabajo y de salud, para garantizar tanto la calidad de atención como para evitar procesos migratorios importantes que muchas veces son provocados por altas cargas de trabajo, como por riesgos laborales de diferente orden (físicos, mentales y sociales).

Las condiciones de trabajo y salud se refieren al conjunto de circunstancias que rodean al trabajo en el que se desempeñan los individuos. Una importante línea en la materia es la que se vincula al conjunto de dimensiones de carácter físico, químico, mecánico y biológico, que pueden atentar contra la salud del trabajador. En una perspectiva algo más amplia, se incorporan los factores asociados a carga mental o carga psíquica (Dejours, 1992), producto de la intensidad del trabajo o de los modelos de organización del mismo. La salud es producto de “intangibles” del trabajo, y no sólo de sus expresiones manifiestas.

La problemática de las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores de la salud, se ha transformado en los últimos años en una fuente importante de preocupación por parte de las autoridades en muchos países. En Europa, en particular, distintas encuestas dan cuenta del problema: la encuesta europea Next (Nurse´s early exit study), su contraparte francesa PRESST

(Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail) y otra denominada SESMAT (Santé et Satisfaction des Medecins Au Travail) muestran las dificultades que tiene el personal de salud en materia de ambiente físico, pero sobre todo en contención institucional, falta de trabajo en equipo, lo que provoca sobre todo en el área de enfermería una importante rotación e importantes dificultades para cubrir los puestos necesarios. (Estryn Behar y otros, 2007; Gastines, 2010).

La salud de los trabajadores de la salud adquiere un rol clave en el plano de empleo decente para este sector. Por un lado, tiene una gran relevancia económica y social que conlleva el Sector Salud en las Américas, ya que es una fuente importante de empleo, con cerca de 10 millones de trabajadores, con una presencia significativa de mujeres que agrega adicionalmente una problemática de inequidad significativa. Es un sector donde puede comprobarse el concepto de "techo de cristal", ya que a pesar de la proporción, los cargos jerárquicos –públicos y privados- están en manos de hombres (Wainerman, 1993; Pautassi, Laura C. 2001).

Es llamativa la falta de información específica sobre el tema de salud de los trabajadores de salud. En un Taller en Buenos Aires (2002), donde se analizó el tema, hubo acuerdo en que la situación de sub-atención a los trabajadores se debe, en parte, a que la incorporación de conceptos de salud ocupacional en Atención Primaria, han quedado olvidados en los esfuerzos de los gobiernos por la implementación de la Atención Primaria en Salud en sus respectivos países. En esta línea se requiere avanzar en:

- generar y recopilar información más completa en los establecimientos de atención primaria, que ayude a conocer los riesgos asociados a las patologías atendidas, el grado de cumplimiento de la legislación ocupacional y el número de trabajadores beneficiados (o excluidos) por las legislaciones;
- auxiliar en la vigilancia y detección de riesgos en los ambientes de trabajo;
- incluir información referente a la salud ocupacional de los trabajadores del sector informal.

La preocupación por el tema dio lugar a diferentes actividades encaradas tanto por la OPS, como por el Proyecto TC 41 de Brasil. La indagación realizada en ese marco (los talleres organizados en torno a este tema en Buenos Aires, 2005, Ouro Preto, 2006, Costa Rica 2007, Belo Horizonte, 2008) mostraron que la atención a la salud de los trabajadores de la salud es insuficiente, producto, tanto de falta de información sistemática y permanente como de la escasez de estudios (Nescon, 2008), y la información es más débil aún en el sector público que en el privado.

EL PERSONAL DE SALUD EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS

3.1 ARGENTINA⁷

- **Personal de salud**

El cálculo del personal ocupado en el sector salud hacía el año 2000, variaba según las fuentes y registros que se utilizaran. Para la Encuesta de Gastos de Hogares (ENCGH) de 1996/1997, con una cobertura del 95% del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzó a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad de personal que trabajaba en el sector de salud y servicios sociales ascendía a 465 mil, en el año 2000. Para el personal afectado a salud, definido en forma restringida, la cifra sería de 406 mil (esto es, que está empleado en sectores prestatarios de servicios de atención médica en sus diferentes niveles). Estas cifras están sujetas al margen de error propio de este tipo de encuestas y a la diferente cobertura señalada (Novick y Galin, 2003).

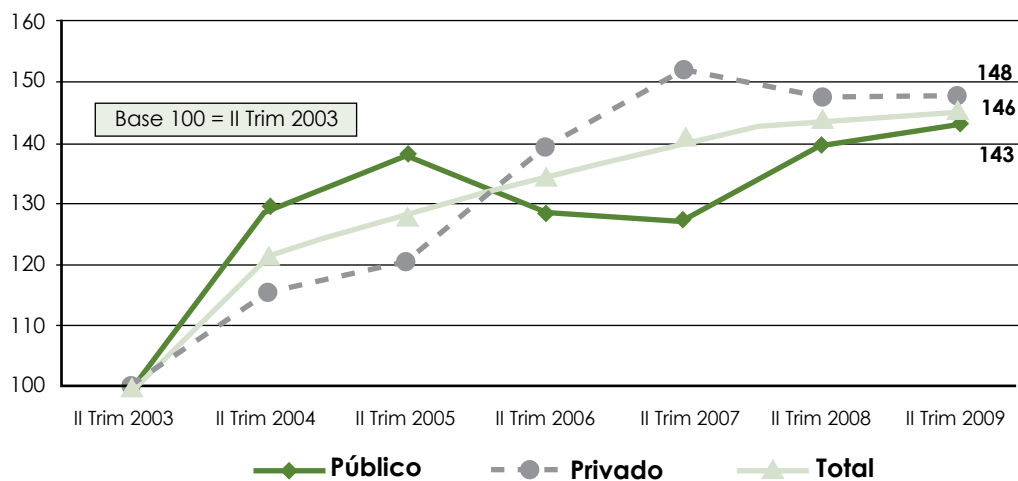
En el año 2006, el sector salud empleaba a 678 mil personas –según la EPH-⁸ en el total de aglomerados urbanos del país, representando al 4,7% del total de ocupados. En el contexto de expansión del empleo de los años 2003-2006, el sector mostró un dinamismo algo inferior al promedio de la economía. En efecto, con respecto al año 2003, se advierte un incremento de los ocupados del sector que alcanzó al 10,7%, variación porcentual menor al del total de ocupados (13,7%). Debe destacarse que al interior del sector salud se verificaron diferencias en el comportamiento del empleo entre los ámbitos público y privado. Mientras que en el sector público el empleo creció sólo 1% entre los años 2003 y 2006, en el sector privado la expansión de la ocupación alcanzó al 18,5%. No obstante esta tendencia, es necesario remarcar que el ámbito público sigue concentrando un porcentaje importante del empleo del sector (40,9%), demostrando su importancia en la prestación de servicios.

En el año 2009, según la EPH, el personal que se desempeña en el sector salud asciende a 747.000 personas, detectándose un incremento significativo de personal que alcanza un 40% de crecimiento, aproximadamente con algunas oscilaciones en el período 2003-2009, siendo el sector privado el que presenta un incremento mayor, aunque muy leve.

⁷ Esta sección se elaboró a partir del informe de país del estudio "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina", preparado por Ana María Catalano, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

⁸ Según los datos de la EPH, fuente periódica de información de muy alta confiabilidad y una de las más utilizadas en este tipo de investigaciones, el personal de salud representaría entre un 5% y un 6% del total de la PEA.

Gráfico 1
Evolución de los ocupados de la rama salud según sector
Total urbano - II Trim 3003/ II Trim 2009



Se mantiene la proporción de ocupados en cada uno de los subsectores y se refuerza la categoría de sector altamente feminizado también en ambos.

Cuadro No. 1
Ocupados del sector salud y total
Total de aglomerados urbanos relevados - En miles de personas- IV Trim 03/II Trim 09

	IV Trim 03	IV Trim 05	IV Trim 06	IV Trim 07	IV Trim 08	IV Trim 09	Variación	
							Absoluta	Relativa
Total ocupados	13.139	14.125	14.606	14.767	15.137	14.878	1.739	13,20%
Sector Salud	640	668	667	691	770	747	107	16,70%
Público	285	290	262	266	303	318	33	11,70%
Privado	355	378	405	425	467	429	74	20,80%

Fuente: Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social - SPTyEL, Según EPH (INDEC).

Cuadro No. 2
Distribución de los ocupados según sexo
Total aglomerados urbanos - Segundo Trimestre de 2009

	Salud		Total Ocupados	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Público	37,9%	62,1%	47,7%	52,3%
Privado	30,0%	70,0%	59,8%	40,2%
Total	33,4%	66,6%	57,7%	42,3%

Fuente: Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social - SPTyEL, Según EPH (INDEC).

Otro dato significativo es la disminución del empleo no registrado. Efectivamente, el porcentaje de empleo no registrado en el sector salud había crecido en una proporción muy alta, como se mostró en el período 1991-2000. Por el contrario, en el período 2003-2009, el empleo no registrado en el sector salud baja más de 10 puntos porcentuales, tanto en el sector público como en el privado, manteniendo la tendencia del resto de la economía, en que el empleo no registrado bajó 12 puntos porcentuales.

Gráfico No. 2
Evolución de la tasa de empleo no registrado en el sector salud por sector
Total de aglomerados urbanos - II Trimestre 2003/ II Trimestre 2009

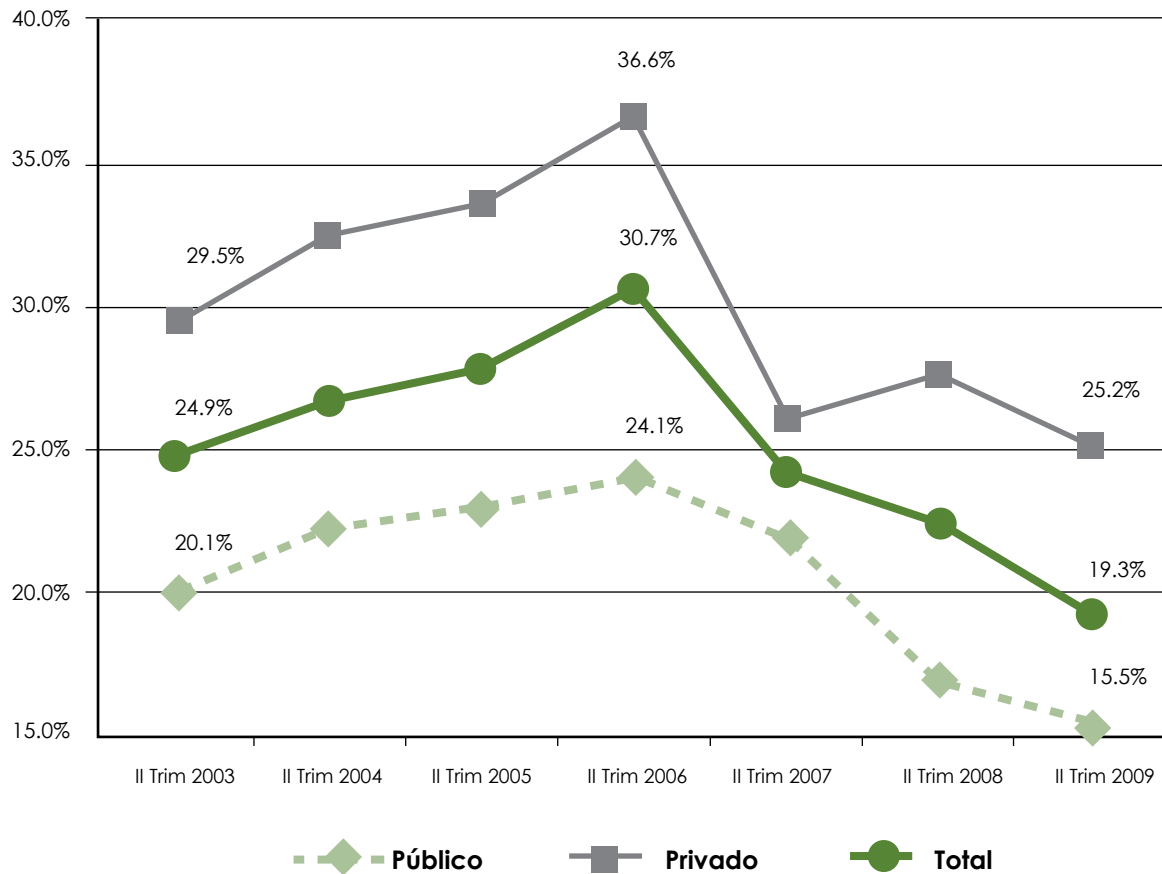
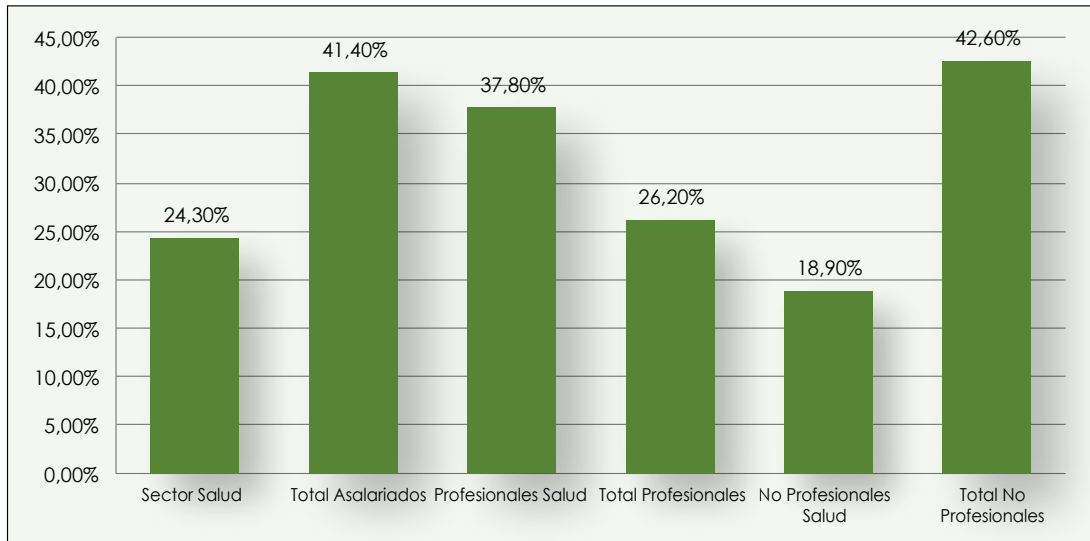
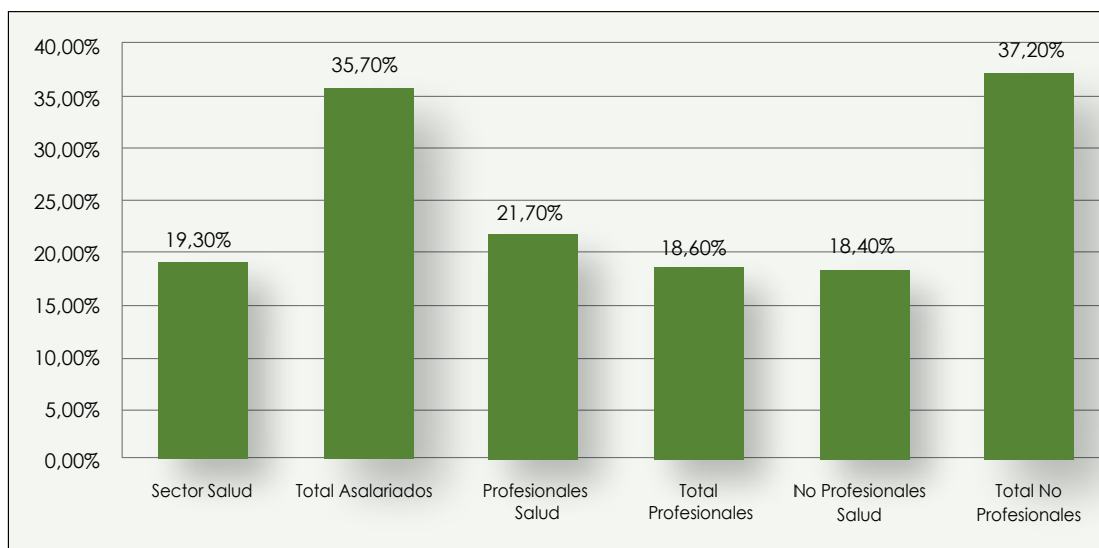


Gráfico No. 3:
Tasa de empleo no registrado 2006



Fuente: Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social – SPTyEL.

Gráfico No. 4:
Tasa de empleo no registrado 2009



Fuente: Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social – SPTyEL.

El conjunto de esta información muestra un panorama considerablemente diferente en materia de calidad del empleo con una significativa mejora, tanto en relación con la década del 90 como con los estudios realizados hasta el 2005.

- **Peculiaridades normativas del sector salud⁹**

El sistema de financiamiento y atención de la salud es extremadamente fragmentado, tanto desde el punto de vista geográfico (por la descentralización de los servicios) como desde el tipo de cobertura (público, privado, seguridad social). Argentina se encuentra entre los países de ingreso medio-alto con 13.920 U\$S PBN per capita y un gasto en salud per capita de 1.274,30, aunque muchos de los indicadores de salud no responden a esta ubicación (Maceira, 2009).

La distribución por tipo de atención es la siguiente: (Maceira 2009, con base en datos del Ministerio de Salud de la Nación, 2005) el 55,6% de la población está cubierto por el Sistema de Seguridad Social (Obras Sociales); el 10,13% por el sector privado y el 33,5% por el sector público, aunque, obviamente hay diferencias de acuerdo con el quintil de ingresos. Mientras en el primer quintil, que es el sector de menores ingresos, la cobertura pública es del 61%, esa cobertura en el quinto es sólo de un 11%. Por el contrario, mientras en el sector de mayores ingresos, el 23% está cubierto de manera privada, este tipo de cobertura alcanza sólo al 3% en el sector más pobre. Sin embargo, como se señala en el estudio de Maceira, los mecanismos de cobertura no coinciden necesariamente con los patrones de utilización (Maceira calcula que un 40% de los atendidos en el sector público poseen otra cobertura), mostrando una sobredemanda al sector público aunque aporten a algún otro segmento de la seguridad social. Las razones son varias, desde la accidentabilidad callejera y prestación de emergencia, como a la mala calidad de algunos servicios privados o de la seguridad social. En otras ocasiones puede agregarse a veces, razones de distancia, etc.

En un trabajo realizado hace algunos años para la Oficina de la OPS en Buenos Aires, se afirma lo siguiente:

la amplia variedad de las instituciones, organismos, entes y empresas que utilizan los servicios de los trabajadores del sector salud se traduce en una vasta y compleja dispersión normativa cuyas fuentes formales no son sólo leyes y decretos, sino además, convenios colectivos sectoriales o de empresas, sistemas reglamentarios cuyo ámbito frecuentemente no excede un único ente prestador y prácticas de contratación más o menos generalizadas.

Los principales ámbitos y jurisdicciones en los que se desempeña el personal de salud son, como es sabido, diversos:

Sector público: Los trabajadores del sector público están sometidos a distintos regímenes de trabajo, que pueden ser de carácter nacional, provincial o municipal. Como la mayoría de los trabajadores del sector estatal no tienen acceso a la negociación colectiva y están sometidos a los vaivenes de la reglamentación y reformas del sector público, el proceso de Reforma del Estado ha tendido a descentralizar al personal y a las instituciones de salud, por lo que en los últimos años la gran mayoría de este personal está sometido a regímenes provinciales o municipales, variando sobremanera categorías y remuneraciones entre las distintas regiones.

⁹ En relación al primer lustro, se sigue a Marta Novick y Pedro Galin: *Informe del Estudio sobre Reforma de las Relaciones Laborales en el Sector Salud*, OPS, 1996.

Sector privado: Es el único sector donde se negociaron históricamente los principales convenios colectivos del sector y en donde aún hoy se continúan efectuando acuerdos marco o negociaciones por establecimiento. No es tan homogéneo como parece, ya que las diferentes unidades difieren en las estrategias y modalidades aplicadas. Por otro lado, en este sector, los alcances de la negociación colectiva suelen cubrir casi exclusivamente a los sectores administrativos y técnicos.

Sector de la seguridad social: El personal de este sector no depende de un único régimen. Puede estar bajo la jurisdicción de sistemas jurídicos especiales (como ejemplo, puede mencionarse el caso de una Obra Social de los trabajadores metalúrgicos) o estatutos privados particulares. No están sujetos a un régimen único. En los últimos años se produjo un achicamiento considerable de este subsector sobre todo en relación con sus propios efectores que, en la mayoría de los casos, fueron privatizados. Actualmente, con la recuperación del trabajo formal, el mecanismo de brindar asistencia a los afiliados por el sector privado se mantiene, salvo algunas excepciones que han construido/ recuperado efectores propios (UPCN, UOCRA, camioneros, etc.).

Por otro lado, el decreto Ley 22.212 de 1945 estableció un régimen laboral específico para los profesionales universitarios en medicina o disciplinas afines, en relación de dependencia. Este régimen establece un verdadero estatuto, con regulaciones específicas que establecen, para los establecimientos oficiales o subvencionados por el Estado, un examen de competencia en concurso abierto, el período de prueba, la estabilidad en sus cargos de los que no podrán ser separados sin sumario previo, escalafón, jornada de trabajo reducida, condiciones de trabajo especiales, con planteles mínimos, y un régimen de remuneraciones. Sin embargo, la falta de aplicación práctica de este régimen impidió comprobar sus aciertos y desaciertos.

A la dispersión y frondosidad normativa del sector salud en la Argentina, se une, en el caso de los médicos y otros profesionales de la salud, el que

...de las llamadas figuras dudosas, los profesionales médicos constituyen, quizá, la rama que comprende la gama casuística más variada, de manera tal que la relación (según el caso y las circunstancias) puede ubicarse de un extremo a otro dentro de las innumerables variables de intensidad posible de un vínculo dependiente o estar fuera de él (actividad autónoma). Hay casos en que el médico es indudablemente dependiente y otros en los que la autonomía es igualmente manifiesta, pero entre ambos extremos existe una variada gama en la que la determinación de la vinculación es confusa.

Variadas son las pautas orientadoras para la determinación de la relación de dependencia, entre ellas las circunstancias referentes al lugar en que se prestan los servicios, la incorporación física y efectiva al establecimiento, la realización de controles a domicilio, etc.

Algunos casos son ilustrativos. Por lo general, si se prestan servicios en una empresa ajena como los médicos de guardia de hospitales y sanatorios de colectividades y particulares sin fines de lucro, los que se desempeñan en emergencia y/o transporte de personas en ambulancia y los que lo hacen en geriátricos son dependientes e incluso se encuentran regidos por Convenios Colectivos de Trabajo (71/89, 99/90, y 100/90).

En el caso de los médicos que se desplazan del lugar de prestación del servicio, por ejemplo en su propio consultorio o en otras empresas por cuenta y orden de un centro médico o controlan ausentismo, se presentan dificultades para determinar el vínculo que une a las partes. Por ejemplo, se ha entendido que una entidad comercial cuya actividad es la prestación de

servicios médicos "... la relación que la une con los médicos encargados de atender los consultorios externos configura un contrato de trabajo...".¹⁰

También se ha apreciado que "un profesional que cumplió funciones de supervisión o auditoría médica de una empresa de prestaciones clínicas... aunque no concurriera diariamente..." está subordinado jurídicamente.¹¹

El caso de los médicos que realizan "guardias pasivas", un caso límite de situación conflictiva para deslindar la existencia de subordinación, se entendió que resultan determinantes el grado de control de la institución sobre el profesional y la obligatoriedad del carácter personal de la prestación.

En la muestra de fallos seleccionada por Ragusa, se observa que en un 27% de los 37 casos seleccionados, los fallos se orientaron por negar la existencia de relación de dependencia, pero de todas formas, el hecho que se haya llegado al pleito, indica que en la práctica y antes de su extinción, todas estas contrataciones eran tratadas por el dador de trabajo como autónomas.

3.2 BRASIL¹²

De acuerdo con Avila (2010), en Brasil hay 2.566.694 empleos en el sector salud: un 56,4% se desempeñan en el sector público y un 43,6% en el sector privado (Cuadro N° 3).

La distribución por jurisdicción es la siguiente: al sector federal (nacional) pertenece el 4,1%, mientras a nivel estadual (provincial) el porcentaje es del 13,5% y 38,8% del nivel municipal. El resto se ubica en un 18,6% en el sector privado sin fines de lucro y, finalmente, un 24,9% de privados con fines lucrativos (Cuadro N° 4).

Cada jurisdicción tiene un régimen propio, Consolidación de las Leyes del Trabajo o Régimen Jurídico Único (algo así como Ley de Contratos de Trabajo que, en cada país adopta una modalidad y denominación particular). Las mujeres representan casi el 80 % de la fuerza de trabajo en el sector.

**Cuadro No. 3:
Distribución de empleo en el sector Salud
Brasil**

Brasil y grandes regiones	Total	Proporción de empleo público	Proporción de empleo privado
Brasil	2,566.694	56,4	43,6
Região Norte	166,939	81,3	18,7
Região Nordeste	635,449	67,7	32,3
Região Sudeste	1,199.637	50,0	50,0
Região Sul	370,709	45,5	54,5
Região Centro-Oeste	193,960	59,0	41,0

Fuente: Brasil. Ministerio de Salud. Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (2007).

¹⁰ (CNAT, sala IV, 31-7-87).

¹¹ CNAT, Sala IV, 22-3-96, Hass c. CEPRIMI

¹² Esta sección se elaboró a partir del informe de país del estudio "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Brasil", preparado por Ada Avila Assunção, NESCON/Universidad Federal de Minas Gerais.

Cuadro N° 4:
Trabajo en Salud según tipo de institución
Brasil, 2005

Brasil e grandes regiões	Total	Proporção dos empregos em saúde				
		Federal	Estadual	Municipal	Privado com fins lucrativos	Privado sem fins lucrativos
Brasil	2.566.694	4,1	13,5	38,8	24,9	18,6
Região Norte	166.939	3,8	28,4	49,1	13,0	5,7
Região Nordeste	635.449	3,2	14,2	50,2	21,3	11,0
Região Sudeste	1.199.637	4,1	12,4	33,4	27,6	22,4
Região Sul	370.709	4,8	6,1	34,6	24,7	29,8
Região Centro-Oeste	193.960	5,8	18,7	34,5	31,4	9,6

Fuente: Brasil. Ministerio de Salud. Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (2007).

Para la elaboración de las informaciones presentadas en los cuadros 3 y 4, la Dirección de Gestión del trabajo y de la Educación en Salud (DEGERTs) están basadas en la propia información de la Secretaría de Salud y otras fuentes secundarias. En ese trabajo se mencionan las limitaciones para dimensionar el sector informal en salud, en especial en lo que se refiere al número de trabajadores en situación irregular en el mercado de trabajo.¹³

Recientemente se estudió la generación de nuevos puestos de trabajo generados por la ampliación de la cobertura de los servicios de atención a la salud. Resalta claramente el potencial aumento de la formalización del empleo en el sector, comparado con la media existente en el mercado de trabajo brasileño. Entre los años 1995 y 2000, la creación de 113.351 nuevos puestos de trabajo representan un crecimiento bruto de 13,9%. En el 2000, 3,5% del mercado formal de trabajo (930.189) corresponde al sector salud. El índice de crecimiento bruto del empleo en salud en los municipios fue del 50% en el período 1995-2000.

Un estudio de Dedecca et al (2005), concluyó que el impacto del gasto en el sector salud en la generación de empleo, extrapola la dimensión del fin de la actividad, para los autores, es significativo el efecto de la generación de ocupaciones del sector (4.2% de la PEA), existiendo un elevado potencial de formalización de esas ocupaciones.

A pesar de la tendencia al aumento de la formalidad, el análisis del estudio de Dedecca evidenció que 23.862 médicos, de un universo de 198.153, en el 2000 estaban trabajando de manera irregular ("sem carteira assinada") y que los demás estaban distribuidos en las categorías de empleadores, de trabajadores por cuenta propia o haciendo "stages" (de formación).

¹³ Brasil. Ministerio de Salud. Secretaria de Gestión del Trabajo y de Educación en Salud. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

En el universo de los auxiliares de enfermería (sin diploma), la distribución encontrada fue la siguiente: 132.080 empleados por tiempo indeterminado (com carteira assinada; 41.740), empleados por el Estado; 32.305 empleados informales (sem carteira de trabalho assinada). 7230 stagjarios y 766 no remunerados.

Las condiciones de trabajo están bastante diferenciadas entre las principales ocupaciones; la búsqueda de más de un empleo es específica de los médicos, la multiocupación tiende a estar asociado a una remuneración/hora cada vez más baja.

Basándose en los datos presentados, puede decirse que la expansión evidenciada en el empleo, no siempre se da en las condiciones de un trabajo protegido, en condiciones similares a las que viene ocurriendo en Brasil donde esta situación llega al 42% de la fuerza de trabajo urbana.

En el sector salud, aunque no es la regla, se encuentra aumentada la incidencia del trabajo asalariado no registrado a los órganos de Seguridad Social. Complementariamente, podría informarse que la expansión del multiempleo es la vía encontrada por los trabajadores para enfrentar los bajos salarios. Proliferan los contratos no regulares, el contrato a tiempo parcial, el empleo por tiempo determinado, y la tercerización o subcontratación y hasta contratos verbales establecidos entre municipios y médicos o entre los municipios y agentes comunitarios de salud.

En el sector público hay personal en comisión, contratos temporarios, tercerizados o triangulados con las universidades. El escenario descrito muestra la vigencia de más de una conducta normativa para orientar los contratos en los establecimientos de salud, dificultando la negociación de reivindicaciones entre las diferentes entidades de trabajadores y gestores. El panorama del empleo en salud refleja los senderos de la reforma del sector salud en Brasil, que aumentó las responsabilidades sanitarias de los municipios, generando la necesidad de incrementar la fuerza de trabajo para la ejecución de nuevas políticas de salud. Preocupados para responder a las nuevas demandas de los modelos asistenciales (programa de Salud de Familia, por ejemplo) y frente a los límites legales para gastos financieros, las localidades optaron por contratar trabajadores, utilizando alternativas al contrato "típico".

En síntesis, se identifica una discrepancia entre el aumento de las contrataciones de recursos humanos y la creación de nuevos puestos en el mercado de trabajo y la insuficiencia del volumen presupuestario destinado a ellas. Es necesario recordar que la propuesta de Reforma defendió la sustitución del modelo administrativo del estado, sin, a pesar de ello, atacar propiamente los problemas de fondo que generan desigualdades en el país, permaneciendo entre ellos, el patrón de financiamiento del estado. En ese marco, la salida encontrada por el sistema fue restringir el acceso a los derechos laborales y sociales (Avila, 2010)

3.3 COSTA RICA¹⁴

- **Estructura y funcionamiento del sector salud**

Hacia finales de los años 80, el modelo de salud costarricense reveló serias deficiencias, entre las cuales se suelen mencionar el deterioro en la calidad de la atención; el aumento sostenido de las listas de espera, especialmente en las especialidades médicas; el incremento exorbitante e

¹⁴ Esta sección se elaboró a partir del informe de país del estudio "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Costa Rica", preparado por José Manuel Valverde Rojas.

insostenible del gasto; y las ineficiencias burocrático-administrativas, que restaban capacidad de gestión en los servicios. Estos factores, entre otros, motivaron la puesta en ejecución de un proceso de reforma del sector salud a partir de 1997.

De manera breve, la reforma del sector salud puede describirse de la siguiente manera:

- a) reestructuración político-administrativa del sector, orientada a fortalecer la función rectora del Ministerio de Salud, impulso a programas de descentralización y desconcentración administrativa y desarrollo de modelos alternativos de administración de servicios de salud, en el ámbito hospitalario y ambulatorio;
- b) readecuación del modelo de atención, proponiendo el desarrollo de un enfoque de atención integral y continua de la salud a las personas y el ambiente, con énfasis en la promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y de Equipos de Apoyo; y
- c) readecuación del sistema de asignación de recursos financieros, orientada a otorgar mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios a las áreas de salud y hospitales.

En Costa Rica, la reforma del sector salud suele definirse como de carácter heterodoxo: el financiamiento y la atención sigue siendo de carácter público, universal y solidaria, se ha modificado el papel del Ministerio de Salud, que pasa a ser el rector del sector salud, así como el de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que se convierte en una entidad compradora de servicios de sus propios centros de salud "desconcentrados", desarrollando para ello los llamados compromisos de gestión y un enfoque empresarial en la gerencia de estos centros. Paralelamente, se ha incentivado el crecimiento de la participación de la empresa privada en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en la creación, ampliación y aumento en el número de clínicas, hospitales y consultorios privados, la concesión de la administración de clínicas de salud a empresas privadas y la compra creciente de servicios de salud a hospitales privados.

Además del Ministerio de Salud y la CCSS, que son las principales entidades de salud, forman parte del sector salud, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), institución encargada del suministro de agua así como de la disposición de aguas servidas y pluviales; la Junta de Protección Social; el Instituto Nacional de Seguros (INS) que cubre los riesgos de accidente laboral y de tránsito y provee servicios médicos, hospitalarios y de atención a los accidentados; el Ministerio de Hacienda; la Universidad de Costa Rica (UCR), que forma y capacita a profesionales y técnicos en las distintas disciplinas de la salud, así como en el desarrollo de proyectos e investigaciones en esta área; y las municipalidades (OPS, 2004: 7-8).

- **Cobertura de los servicios de salud**

En Costa Rica, desde la década de los sesenta se universalizó la cobertura de los servicios de salud, acción que se consolidó con el traslado de todos los hospitales del país a la CCSS. Actualmente, el acceso a los servicios de salud en el país es sumamente alto y se ha mantenido así en las últimas dos décadas, con muy poca diferencia entre sectores de diferentes niveles de ingresos.

La cobertura y acceso a los servicios de salud está garantizada por la CCSS, la cual atiende tanto a la población asegurada como no asegurada; a estos últimos se les brinda el servicio como parte de pago al costo o, en el caso de las personas que viven en condiciones severas de pobreza, el Estado asume el pago del aseguramiento, brindando el servicio en forma gratuita. Durante la década de los ochenta, se crearon diversas modalidades para el aseguramiento de la población no asalariada. Entre estas estuvo la modalidad de "asegurados por el Estado" para la atención de la población indigente, en el que inicialmente el Ministerio de Salud tenía ingerencia, pero que luego pasó a ser administrado por la CCSS.

Así, casi un 90% de la población está cubierta por algún tipo de seguro. Además, en el contexto de la reforma, "...la focalización de esfuerzos iniciales en lugares apartados y de menor condición socioeconómica, así como el establecimiento de los EBAIS para atender a estas poblaciones han mejorado el acceso y reducido las inequidades", pues la proporción de población con acceso deficiente a los servicios de salud en las áreas pioneras pasó de un 30% en 1995-96 a un 22% en el 2000. Si bien el seguro de salud se define como universal, la atención está garantizada en el primer nivel y en las urgencias (aunque estas se pueden cobrar posteriormente), pues en los otros niveles es requisito la inscripción en alguna modalidad de aseguramiento.

Cabe señalar que para el año 1993, la cobertura de los servicios de salud era de un 85,7% mientras que para el año 2007 aumentó en casi un 2% para llegar a una cobertura total del 87,6%. Al analizar esta información según quintiles aplicados a cantones (según índice de desarrollo social (IDS), medido por: mortalidad infantil, peso de la mortalidad en la niñez, retardo de talla en escolares, consumo de electricidad residencial, nacimientos en madres solteras, infraestructura educativa, programas de educación especial), vemos que no hay una diferencia demasiado significativa entre los sectores. El quintil 1 presenta una cobertura del 84,5% mientras que en el quintil 5 la cobertura es de 80,14%, manteniéndose en los quintiles 2, 3 y 4 una cobertura superior al 80%. (Ministerio de Salud, 2002-2:67)

El seguro social obligatorio comprende los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, y además los ingresos, para el caso de los trabajadores dependientes o asalariados. Su financiación proviene de una triple contribución: a base cuotas de los asegurados, de los patronos y del Estado.

La atención de la salud comprende: acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica; asistencia ambulatoria y hospitalaria; servicio de farmacia para la concesión de medicamentos, servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete; asistencia en salud oral; asistencia social, individual y familiar. La asistencia de la salud pública está obligada a prestar estos servicios a la totalidad de la población, sin hacer distinciones de clase, género o etnia.

Para cumplir con su misión, la CCSS se ha organizado como una *red nacional de servicios de salud*, compuesta por tres niveles de atención y siete regiones programáticas. Cada establecimiento de salud que forma parte de la red, tiene definida su población meta, a la que debe prestar los servicios respectivos, según el nivel del cual se trate.

La unidad representativa del primer nivel de atención son los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos tienen presencia en prácticamente todo el territorio nacional, son la base del sistema nacional de salud mediante su ubicación en las 103 áreas de salud divididas sectorialmente con base al número de población. En las áreas de salud se ofertan servicios de 5 programas de atención integral dirigidos a niños/as, adolescentes, mujeres,

adultos y adultos mayores (CCSS/OPS, 2004: 10; Memoria Institucional de la CCSS; 2007:28). En el país operan 1037 EBAlS. Cada uno de estos centros de atención primaria en salud, cubre un promedio de 4.505 personas. Los servicios prestados por los EBAlS se dan el mismo día; los principales inconvenientes para el usuario son las filas para conseguir las citas y en la cantidad limitada de estas últimas.

En un segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento quirúrgico de las especialidades básicas de la medicina. Este nivel está integrado por 10 clínicas mayores, 13 hospitales periféricos y 7 hospitales regionales. Además, se dan servicios de odontología, microbiología. El tercer nivel proporciona atención especializada a través de 3 hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia; Hospital San Juan de Dios y Hospital México), y 5 hospitales nacionales especializados en las siguientes áreas: niñez, gerontología, mujeres, rehabilitación, psiquiátrico (CCSS/OPS, 2004: 10; Memoria Institucional de la CCSS; 2007:28).

Los hospitales constituyen el punto más alto de la pirámide de servicios de salud y se encuentran localizados en el Área Metropolitana de San José. La red nacional de servicios va de lo simple a lo complejo, según niveles de atención, cobertura y grado de especialización. Teóricamente, la red está organizada para que unos y otros establecimientos se apoyen y complementen entre sí, sea entre establecimientos de un mismo nivel, o entre establecimientos de niveles distintos.

- **Personal en salud**

En el Ministerio de Salud, según su memoria institucional (2008), trabajan 4.165 personas. De este total, alrededor de 1.000 personas se desempeñan como técnicos en salud, alrededor del 90 son licenciados en el área de salud, mientras que aproximadamente 870 se desempeñan como auxiliares en los CEN-CINAl. Además, unas 300 personas se desempeñan en áreas administrativas. Este Ministerio cuenta también con funcionarios en puestos de directores de niveles centrales y regionales, nutricionistas, jefes de servicios civiles, informáticos y trabajadores/as en servicios generales. (Ministerio de Salud, 2008) En términos porcentuales, el personal del Ministerio de Salud se puede dividir en un 57,7% de profesionales administrativos y un 42,3% de profesionales en ciencias de la salud. (Vázquez y Borrel, 2006)

Para el año 2008, la CCSS contaba con un total de 44.421 (CCSS, 2009) trabajadores/as. De estas personas, un 36,3% corresponden a técnicos y auxiliares, un 14,7 se ubican en los servicios generales y un 23,8% son personal de servicios administrativos mientras que un 20,3% son profesionales en servicios de salud. Otros profesionales, entre los que se incluyen los administrativos, corresponden al 4,9%.

3.4 PERÚ¹⁵

- **Caracterización del Sector Salud**

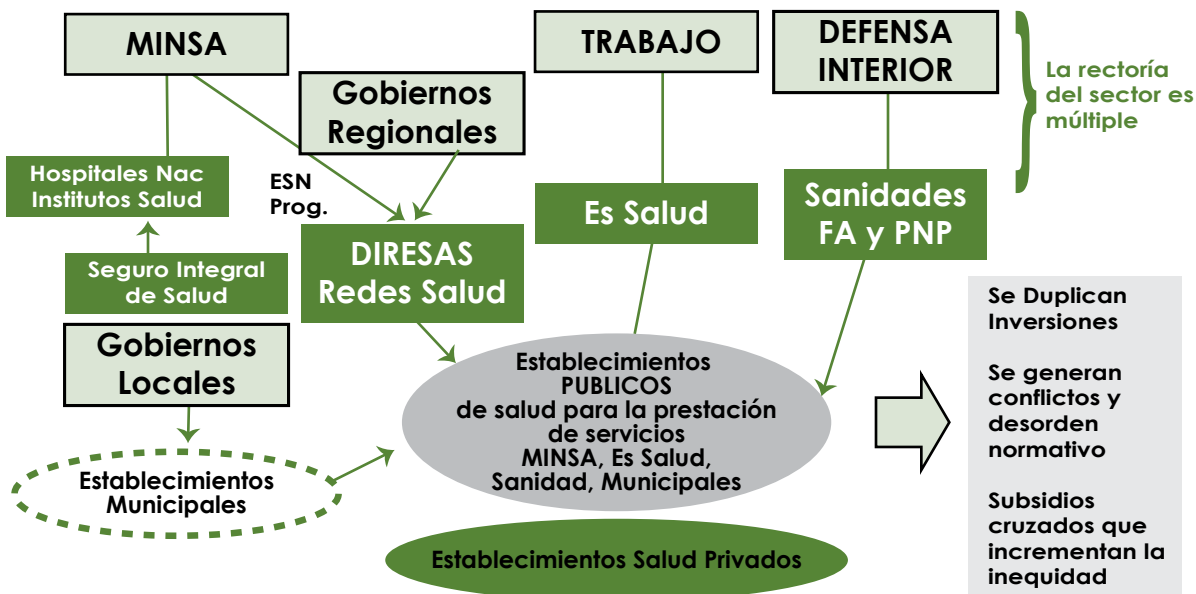
El escenario actual del proceso de descentralización de la función salud, complejiza y en muchos casos pone en cuestión el ejercicio efectivo de la rectoría sectorial en sus diferentes

¹⁵ Esta sección se elaboró a partir del informe de país del estudio "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Perú", preparado por María Casas Sulca, Asesora del Colegio de Enfermeros del Perú – CR III, Docente, Consultora de Recursos Humanos, Lima, Perú.

niveles de actuación y el funcionamiento de los órganos de conducción del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs), tanto del nivel nacional como regional: Consejo Nacional de Salud (CNS) y Consejo Regional de Salud (CRS), así como del Sistema mismo.

Sin duda alguna, el desarrollo del Sistema de Salud es punto pendiente de la agenda política sanitaria nacional. En el siguiente gráfico se presenta la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud en el Perú:

Gráfico No. 5:
Segmentación y fragmentación del Sistema de Salud en el Perú



Fuente: Tomado de Castro Gómez Julio / Decano Colegio Médico del Perú. Ponencia "Financiamiento y Aseguramiento en Salud". Mayo 2009.

Los servicios de salud del país están agrupados en dos subsectores, el público y el no público. El primero lo forman el MINSA, EsSalud, y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El subsector público dispone del 54% del total de hospitales, concentra al 81% de los centros de salud y el 100% de los puestos de salud, ubicados en zonas rurales dispersas y zonas marginales urbanas. El MINSA es la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional

El Sub Sector No Público lo integran clínicas y consultorios y los médicos particulares pertenecen al sector privado con fines de lucro. El servicio más común que brinda el sector privado es la consulta ambulatoria. También el sector privado sin fines de lucro, integrado por instituciones privadas con fines sociales que poseen clínicas, centros y postas de salud administrados por iglesias, ONGs misiones, asociaciones profesionales, fundaciones que actúan en el área de salud. También es importante señalar la medicina no formal, tipo de servicio de salud que se ofrece en la casa del curandero, en farmacias y boticas.

Cuadro No. 5:
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR POR INSTITUCIÓN
PERÚ, 2005

Institución	Hospital/ Instituto	Centro de Salud	Puesto de Salud	Total	%
Ministerio de Salud	129	1.339	5.829	7.197	85.5
EsSalud	78	252	0	330	3.9
Sanidad de la PNP	5	77	198	280	3.3
Sanidad de las FF AA	16	44	0	60	0.7
Clínicas Privadas	208	356	0	564	6.6
TOTAL	436	2.068	6.027	8.531	100.0

Fuente: DGGDRH-MINSA 2009, EsSALUD Diciembre 2008/SANIDAD FFPNP – FFAA, CLÍNICAS PRIVADAS: Boletín de la Oficina General de Estadística e Informática, Volumen 5, 2005.

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) del Perú, fue establecido mediante Ley 27813 del 2003. Tiene como finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector, a efecto de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. Tiene tres niveles: nacional, regional y local.

En el nivel nacional cuenta con el Consejo Nacional de Salud, como órgano consultivo del Ministerio de Salud, que tiene el mandato de concertación y coordinación nacional del SNCDS. Es presidido por el Ministro de Salud y está conformado por otros nueve miembros que representan al MINSA: Vice Ministerio de Saneamiento, Seguro Social de Salud, Asociación de Municipalidades del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía nacional, Servicios de Salud del Sector Privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, Trabajadores del Sector y Organizaciones Sociales de la Sociedad Civil. Los niveles Regional y Local del SNCDS, se organizan en concordancia con el marco normativo vigente, existiendo el Consejo Regional de Salud.

El Sistema de Salud es segmentado y fragmentado, lo que imposibilita el desarrollo de la función de rectoría, impide la articulación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y da lugar a la duplicación de esfuerzos y a la ineficiencia de los escasos recursos, en perspectiva del logro de resultados sanitarios frente a los problemas de salud del país.

A pesar de diferentes esfuerzos aislados en las diferentes gestiones de los últimos años, la población no evidencia una articulación de los diferentes prestadores del sistema, ni entre los diferentes niveles de complejidad y de categoría. Se viene impulsando como decisión política el desarrollo de redes funcionales de salud, para asegurar capacidad de respuesta a las demandas de prestaciones complejas o complicaciones, no obstante éstas aún no logran consolidarse por una serie de factores de índole políticos, financieros y técnicos, contribuyendo a la problemática de inequidad y exclusión.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentan los principales resultados del estudio sobre condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de salud, con énfasis en el personal médico y de enfermería, en los centros hospitalarios seleccionados. Se analizarán las modalidades de contratación, el pluriempleo, el trabajo por turnos, la percepción de las condiciones de trabajo, los principales riesgos percibidos, y el "burnout" en el personal de salud.

4.1. Modalidades de contratación

Uno de los principales problemas que la problemática de gestión de recursos humanos en la región había adquirido en la década del 90, se refería a los cambios en las condiciones de contratación y a la precariedad resultante para los trabajadores de la salud.

Los modelos económicos y sociales implementados a lo largo de los años 90 en gran parte de los países de América Latina (aunque con diferencias importantes entre ellos), afectaron significativamente las formas de organización (productivas, sociales y económicas) existentes previamente. A nivel agregado, las diversas políticas contaron con un eje común centrado en la necesidad de mejorar aceleradamente la productividad, bajo la estrategia de una apertura a los mercados internacionales de bienes, servicios, tecnología y capitales. Se sostenía que la libre circulación de bienes y capitales introduciría cambios en la estructura productiva, capaces de cerrar la brecha con los países desarrollados. Se suponía que estas acciones permitirían recuperar el dinamismo productivo que había entrado en crisis en la última etapa de la ISI¹⁶. En particular afirmaban que la desregulación del mercado laboral induciría a mejorar tanto la cantidad como la calidad del empleo, en el marco de una reasignación de recursos y de una nueva especialización productiva. El interés se desplazó desde el objetivo previo de lograr el pleno empleo, hacia una subordinación del mercado laboral a los requerimientos emergentes de las modificaciones en la estructura de la economía (signadas por la idea del libre mercado) (Bisang y otros, 2005). Como resultado de ello, los indicadores de desempleo treparon hasta niveles inéditos mientras que las actividades más relevantes ingresaron a un severo proceso de (des ó re) estructuración en lo referido a sus encadenamientos productivos (red de proveedores, etc.).

Los diferentes estudios y las fuentes de información existentes, tanto latinoamericanas (Brito et al, 2003; Galin, 2002; Novick y Galin, 2003), cuanto internacionales (Bach, S. 1998, 2000, 2003), son elocuentes al analizar el deterioro de la situación de trabajo de los trabajadores de la salud en la década del 90.

¹⁶ Debe señalarse que estas modificaciones tuvieron lugar en simultáneo con la creciente consolidación de cambios técnicos y organizacionales tendientes a establecer actividades y patrones de organización de la producción diferenciados respecto de los establecidos en el marco del fordismo.

Los mercados de trabajo en general, así como los latinoamericanos y el argentino en particular han dado lugar, junto a la expansión de las formas asalariadas, a la extensión de formas precarias de trabajo asalariado, sea por la desprotección, por el encubrimiento de trabajo asalariado bajo formas supuestamente autónomas mercantiles o civiles, o por la fugacidad de las relaciones establecidas. Esta flexibilidad del mercado de trabajo en el sector salud se produjo tanto en el sector público como en el privado, en países desarrollados como en regiones o países pobres, emergentes o en vías de desarrollo (Brito et al, 2000).

En América Latina, en el sector salud se han identificado situaciones de contratación muy heterogéneas, que incluyen relaciones contractuales diversas aparentemente de carácter semiindependiente o cuasi autónomo, por la combinación de rasgos de uno y otro tipo de contratación. Sin embargo, los datos recogidos y analizados para el caso argentino tanto a través de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC), como de la EPS – OPS (Encuesta al Personal de Salud, realizado en el marco de la OPS-OMS, Oficina Buenos Aires, 2002), sugieren que la forma predominante es el asalariado encubierto, desprotegido o el fraude laboral. Ello, aunque, la auto percepción de los profesionales se acerque, en no pocos casos, a la condición de “cuenta propia” (Novick y Galin, 2003).

Estas características están lejos de ser privativas de un solo país o de una sola región (América Latina). El avance de la precariedad, el aumento de contratos de fuerte vulnerabilidad laboral, el deterioro de las condiciones de trabajo signados por la extensión de jornada, por el aumento en la intensidad de trabajo, por la desintegración de los equipos de salud, constituye un conjunto de problemas que afecta a la gestión en salud ya que dificultan el cumplimiento de los objetivos de salud de la población, por el deterioro que se produce en las prácticas, en la calidad de atención, etc.

La precarización es un proceso social constituido por la amplificación e institucionalización de la inestabilidad y la seguridad, expresión de las nuevas formas de organización del trabajo – donde la tercerización / subcontratación ocupa un lugar central – y retira al estado de su papel como regulador del mercado de trabajo y de la protección social a través de innovaciones en la legislación de trabajo y protección social (Thébaud; Druck, 2007).

Por ejemplo, el aumento de la competitividad y el cambio de la naturaleza de los hospitales en Estados Unidos redujeron la seguridad, aumentó la movilidad laboral verificándose sobreoferta en algunas especialidades (Loewenberg, 1996). Los análisis realizados en Europa Occidental y en otros países (Bloom y otros, 1997) muestran que este incremento de la competencia influyó en “aumentos significativos del personal empleado con formas más precarias de contratos laborales, especialmente de plazo fijo y temporales”¹⁷.

¹⁷ En términos del nivel de empleo, la OIT (“Condiciones de empleo y de trabajo en el marco de las reformas del sector salud”, Ginebra, 1998), identifica tres situaciones diferentes ligadas a las reformas en salud:

Las reformas que disminuyeron el empleo. Se mencionan los casos de Letonia, Chile entre 1974 y 1990 -se recupera en parte en el período democrático-, la Provincia de Alberta en Canadá, y el Municipio de los Ángeles. Esta disminución no siempre fue de carácter global, sino que, en muchos casos, se produjo en algunos subsectores o grupos en particular. Así, de acuerdo con los datos que surgen de una encuesta por países realizada por la OIT, se observó mayor reducción de los puestos ocupados por personal femenino que del masculino o reestructuración del empleo entre los distintos subsectores de salud. Ejemplos de ello son la disminución de empleo en el sector farmacéutico, sobre todo en los laboratorios de producción de medicamentos; así como en el personal de atención geriátrica y del número de camas de psiquiatría, etc.

Otro tipo de reformas son las que condujeron a un aumento del empleo, como México, Zambia y Suecia. En este último país el empleo en el sector pasó del 6,2% del total en 1970 al 9,9% en 1980, manteniéndose estable hasta 1992. Las reformas que reestructuran el empleo, son la mayoría, entre los cuales el Informe de la OIT menciona a Brasil. En materia de reestructuración deben también mencionarse una importante reducción en el número de personal jerárquico de los servicios en algunos países como Inglaterra. En general, se verificó un aumento en el número de personal de staff con capacidad de reorganizar y reasignar tareas, lo que perfila una nueva estructura en las calificaciones sectoriales, con el reemplazo, en general, de personal poco calificado por otro de mayor calificación.

La flexibilidad emerge como un medio que utilizan algunas empresas para incrementar su productividad y su competitividad. En una investigación en el sector salud en Gran Bretaña¹⁸ se indica que más de la tercera parte de las empresas e instituciones del sector que utilizan los servicios de personal de enfermería reclutado por agencias de colocación, ha señalado un aumento del número de contratos flexibles y más de un cuarto (27%) dieron cuenta de una disminución de los contratos de empleo a tiempo completo permanentes. En Francia, incluso en el sector público, se ha contratado bajo modalidades "flexibles" una proporción cada vez mayor de empleados. Muchos son trabajadores jóvenes y no calificados, en condiciones contractuales menos favorables, los que en algunos casos reciben un salario inferior el mínimo. Se calcula que hasta el 10% de los trabajos de oficina en los hospitales públicos, están ocupados por trabajadores en condición precaria.

Este panorama general, aunque heterogéneo, llevó a la OIT a sostener que en los países industrializados las modalidades de trabajo flexible están ganando terreno muy rápidamente en el sector privado. A pesar de la heterogeneidad de países y situaciones, hay menos seguridad laboral para aquellos que conservan el trabajo, independientemente si son empleados del sector público o el privado.

En esta línea de análisis se identifican los procesos de tercerización, que si bien al inicio se centraban en el área de servicios generales, actualmente incluye otros servicios profesionales, mediante la contratación de cooperativas médicas, organizaciones de enfermería para cuidado a domicilio, rehabilitación, entre otros. Para el caso de Brasil, el país sobre el que hay más información, en 1997 se encontraban tercerizados el 49% de la mano de obra de los Hospitales grandes, (151 a 300 camas), 38% en hospitales de más de 500 camas, 10% en aquellos medianos (51 a 150) y solamente 3% en hospitales pequeños (Cherchiglia, M, 1999)

En los estudios llevados a cabo en América Latina, hubo -en la década anterior- transformaciones importantes de las modalidades de contratación del sector. En algunos casos, la necesidad de expansión de la cobertura a vastos sectores de la población¹⁹ introdujo un aumento en las modalidades "atípicas" de contratación. Son los casos, por ejemplo, de Perú con el Plan "Salud para Todos" y en Brasil del "Programa de Salud de la Familia". Un estudio brasileño revela la utilización de diferentes modalidades, incluso en los contratos por tiempo indeterminado. La coexistencia de alternativas diversificadas interfirió en el desarrollo de estrategias de administración y gestión de los recursos humanos (CONASS, 1999).

En Perú, en 1996, el 76% del personal estaba "nombrado", esto es, contratado por el régimen de empleo público, pero se verificó la emergencia de un conjunto de nuevas modalidades. El personal asignado al Programa de Salud Básica para Todos (emplea un 12% del total del personal público en salud) está contratado y sin protección social. Entre 1992 y 1996 se observa un crecimiento del número de contrataciones de profesionales, en especial médicos especialistas, enfermeras y técnicos (alrededor de 10.000 personas)²⁰. Brito cita también el caso

¹⁸ Según datos del Instituto Británico de Estudios sobre el empleo, citado por el Informe OIT.

¹⁹ En los países de América Latina, otro de los procesos importantes de la Reforma ha sido la extensión y, en algunos casos, la recuperación de niveles previos de cobertura básica de servicios a la población. Quince países de esta región están llevando a cabo Programas especiales encaminados a ampliar la cobertura de los servicios de salud. La mayoría de ellos se basan en la mejora o extensión de la prestación del nivel primario de los servicios de atención mediante la introducción de paquetes básicos destinados ya sea a toda la población o a grupos especiales (madres o niños). Ello implica también la incorporación de nuevos contingentes de personal en atención primaria.

²⁰ Según informe del experto peruano en el Grupo de trabajo "Definición de un protocolo para el estudio de la situación y tendencias de la flexibilidad laboral y precarización del empleo en salud en América Latina y el Caribe", Buenos Aires: 17-21 de enero, 2000, (Sede de la Representación OPS/ OMS en Argentina)

de Ecuador, donde junto a un marcado deterioro del salario, aparecen formas flexibles de contratación que sustituyen de hecho a las legalmente vigentes.

En los últimos años Latinoamérica ha transitado una fuerte recuperación, que no se redujo sólo a alcanzar un conjunto de indicadores socioeconómicos²¹ similares a los del período previo a la crisis de la deuda, sino que ha incluido la recuperación del rol del Estado como instancia articuladora de los conflictos sociales y garante de la reproducción del sistema. La expansión del mercado interno articulada con el incremento de la inversión pública, están constituyendo factores centrales en esta recuperación de la capacidad estatal, todavía debilitada y surcada por estrategias y estructuras acuñadas en etapas muy diferentes.

Un eje central de este proceso de cambio se vincula con un esfuerzo dedicado a avanzar en procesos de equidad a través de combate a la pobreza, recuperación del empleo de calidad (particularmente en el Cono Sur del continente) y en la transformación de las políticas sociales dirigidas a mejorar y extender la cobertura y al logro de un piso de protección social, que incluye el acceso a la salud a través de ciertas condicionalidades en los programas de transferencias monetarias.

El cambio de políticas en materia de contratación es un dato significativo del estudio realizado, a pesar de las limitaciones que tiene trabajar con una muestra sin representación estadística, pero en algunos casos -como en Argentina- la fuerte disminución del trabajo no registrado se manifiesta también en la información estadística (ver informe investigación Argentina 2010).

Cuadro No. 6: **Tasa de empleo registrada en las unidades estudiadas**

País	Tasa de empleo registrado en las unidades estudiadas
Argentina	95%
Brasil	92%
Costa Rica	95%
Perú	71%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

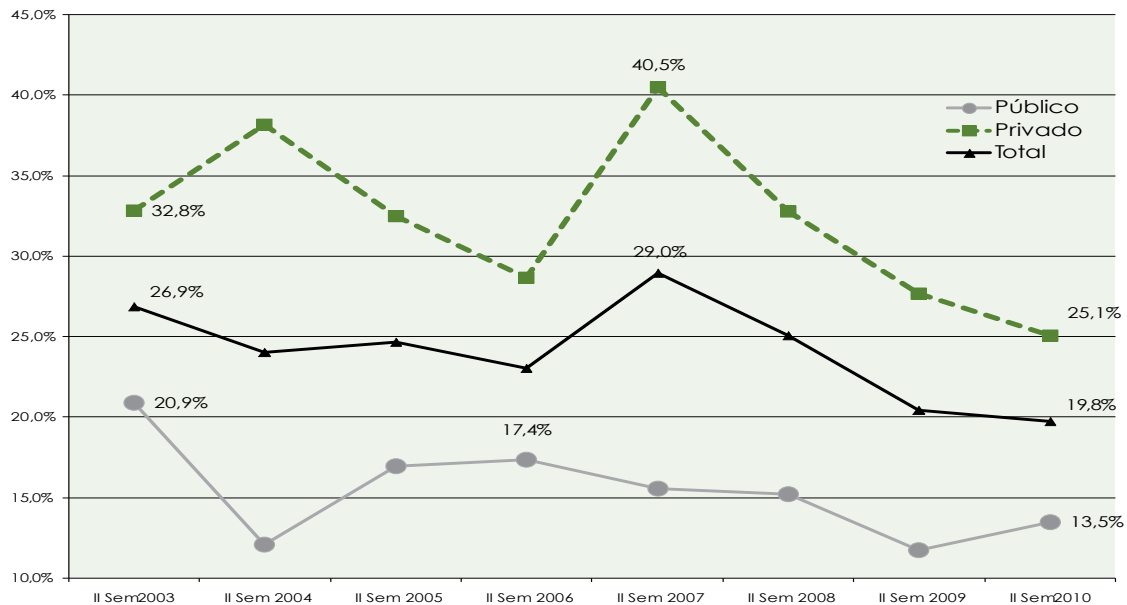
Estos datos mostrarían los cambios en materia de política de gestión del recurso humano, especialmente en lo que hace a modalidades de contratación. Los programas a lo largo de estos años buscaron equiparar los problemas existentes. En Brasil hubo relevancia de acciones dirigidas a la desprecariación del trabajo y a la construcción de medios para efectivizar planes de puestos, cargos, carrera y salarios; la estimulación de la capacidad de negociación de los conflictos originados en el trabajo; y formación y desarrollo de los trabajadores. Para el Ministerio de Salud, son acciones imprescindibles para la Condición del SUS.²²

²¹ La tasa de crecimiento del PBI ronda el 5% anual, los niveles de pobreza son similares a los de un cuarto de siglo atrás y el PBI por habitante para 2005 es 11% superior al de 1980 (Ocampo, 2006b)

²² Ministério da Saúde do Brasil (2008). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, disponível em www.saude.gov.br/bvs

En el caso de Argentina, como ejemplo del cambio de políticas, se aplicó una estrategia sistemática desde el Estado hacia el sector público como al privado, tendiente a reducir el alto nivel de trabajo sin registrar. Aplicación de normativa, fortalecimiento de la inspección del trabajo y una acción sistemática para revalorizar los derechos de los trabajadores, se refleja en el sector salud en su totalidad, pero en el subgrupo de los profesionales es significativamente superior.

Gráfico No. 6:
Evolución de la tasa de empleo no registrado en el sector salud de Argentina por subsector
 (Total de aglomerados urbanos - II semestre 2003/II semestre 2010)



Fuente: Elaboración de la SSPTyEL - MTEySS con datos de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares del INDEC)

Sin embargo, a pesar de la importancia y relevancia de esta política, la forma de relación laboral constituye solo una dimensión del complejo conjunto de condiciones de trabajo que se vinculan con la salud de los trabajadores y con la calidad de atención. Si bien la mejora en materia de contratación es auspiciosa, algunos otros temas complementarios no han mejorado concomitantemente. Los cambios en las modalidades de contratación se vinculan con políticas sectoriales que consistieron en general, en transformar los contratos precarios existentes en contratos por tiempo indeterminado, pero se hizo -en la mayoría de los casos- sin cambiar la estructura de personal existente, lo que puede originar problemas de otra índole.

4.2 La dimensión del pluriempleo en los trabajadores de la salud

Otra situación muy generalizada en América Latina en las décadas anteriores era la vinculada al pluriempleo en especial en la Argentina (Novick y Galin 2003) Brasil, Uruguay, Perú y, en menor medida, Chile²³. En el caso de Perú, un estudio (Brito y otros 1990) detectó que el 71% del personal médico tiene dos o más relaciones laborales. En Uruguay, desde principios de los 90, a pesar del incremento en el número de profesionales, se mantiene un promedio de 2,6 trabajos por profesional (Rigoli, 1999) y entre los odontólogos, del 2,26. El tema del pluriempleo fue detectado también en Panamá y El Salvador (Brito, 2000).

²³ Universidad de Chile (1996). *Mercado de trabajo en el sector salud en Chile*. Informe final.

El pluriempleo está ligado a un conjunto diferente de causas. Por un lado, el mencionado 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 y, protección social y otros beneficios, pero bajos salarios, en el público. El diferencial de remuneraciones induce un importante desplazamiento del sector público al privado, perdiendo aquel su personal más capacitado y con mayor experiencia. Entre los trabajadores del área de enfermería, el pluriempleo es considerablemente menor, lo que se explica por la mayor cantidad de horas trabajadas en cada puesto. Para el caso de Uruguay, donde fue estudiado este problema sistemáticamente, el promedio era 1.34 cargos por persona, es decir la mitad del registrado para los médicos.

En el estudio que estamos analizando encontramos que el problema persiste sobre todo para los profesionales médicos, siendo Argentina y Brasil los países que lideran este fenómeno, seguidos muy de lejos por Perú y con pocos casos en Costa Rica. La explicación probablemente haya que buscarla en las características del sistema de salud, con mayor grado de integración como en este país de Centro América.

En el caso argentino, los profesionales de mayor antigüedad (y por ende de mayor edad) trabajan en su consultorio privado, cobrando por prestación (medicina prepaga o de la seguridad social). Otros realizan actividades docentes y/o de investigación. Cuando se analiza la jornada de trabajo en su totalidad se mantienen parámetros similares a los obtenidos en los estudios de Novick-Galin (2003), ya que una parte importante de los profesionales encuestados mantienen jornadas alrededor de las 60 horas semanales.

Cuando se analiza el comportamiento del multiempleo por sexo y edad en los diferentes países, la información obtenida es muy interesante: del total de profesionales médicos de los cuatro países, casi la mitad, el 47 % tiene más de un trabajo, porcentaje que en las edades centrales (de 41 a 50 años) asciende al 61%, y después baja en la etapa de madurez de la carrera laboral.

También hay un comportamiento diferencial por género y por país. En su conjunto, las mujeres tienen algo menos de pluriempleo que los varones, sobre todo en las edades vinculadas con la maternidad (hasta los 40 años, la tasa es significativamente menor) que recién se empareja después de los 50 años. Si bien Brasil (por el fuerte peso del multiempleo en las mujeres entre 31 y 40 años) y Perú aparecen un poco anómalos frente a este comportamiento, las tendencias generales en cuanto al pluriempleo, según género, se mantiene.

Cuadro No. 7:
Pluriempleo de profesionales médicos,
según edad y sexo en los cuatro países seleccionados

Países	Menor de 30			Entre 31 y 40			Entre 41 y 50			Mayor de 51 años			Total con más de un cargo		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Argentina	20%	20%	20%	71%	89%	78%	75%	91%	81%	56%	55%	55%	51%	62%	55%
Brasil	23%	50%	38%	80%	67%	74%	55%	73%	65%	33%	40%	38%	51%	57%	55%
Costa Rica	12%	20%	15%	-	33%	12%	45%	44%	44%	40%	50%	48%	18%	37%	27%
Perú	-	-	-	50%	33%	44%	17%	63%	50%	86%	71%	76%	50%	61%	57%
Total general	17%	32%	23%	47%	58%	52%	55%	66%	61%	56%	55%	55%	41%	53%	47%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, 2010.

La excepción en términos de país la constituye Costa Rica que claramente, al poseer un sistema de salud más centralizado e integral, muy diferente al resto de los otros países, se expresa con ventajas y desventajas en materia de pluriempleo.

Cuando se trata del pluriempleo en el personal de enfermería, los números se reducen sistemáticamente²⁴. Exceptuando Costa Rica, en los otros países, entre el 15% y el 25% del personal de enfermería tiene más de un empleo. Las cifras más altas se verifican en Argentina y Brasil (cercano al 30%). A diferencia de los profesionales médicos, el multiempleo es mayor en las edades más tempranas.

Cuadro No. 8:
Pluriempleo de enfermeras según edad y sexo
en los cuatro países seleccionados

Países	Menor de 30			Entre 31 y 40			Entre 41 y 50			Mayor de 51 años			Total con más de un cargo		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Argentina	13%	75%	33%	26%	40%	31%	24%	14%	22%	18%	20%	18%	21%	35%	24%
Brasil	33%	29%	33%	20%	67%	26%	20%	25%	21%	-	100%	22%	22%	40%	25%
Costa Rica	-	-	-	-	22%	6%	7%	-	6%	7%	-	7%	4%	13%	5%
Perú	7%	-	7%	29%	-	29%	6%	67%	16%	-	-	-	13%	50%	15%
Total general	18%	36%	21%	18%	36%	22%	16%	24%	17%	11%	25%	14%	15%	31%	18%

Fuente: Investigación Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, 2010

Esta situación del multiempleo, que persiste a pesar de los cambios institucionales globales a los que hacíamos referencia, tiene consecuencias inmediatas e importantes sobre la extensión de la jornada de trabajo, que afecta simultáneamente la calidad de la atención así como la salud de los trabajadores.

²⁴ Hay que considerar que existe subdeclaración en el tema para ambas profesiones, en la medida en que no se indagó a profundidad, averiguando sobre "changas", trabajos no permanentes, etc.

Si tomamos en cuenta la extensión de la jornada en las instituciones analizadas, vemos que cuando a estos guarismos se les agrega la eventual jornada de la segunda ocupación, el problema de largas jornadas es una dimensión que se mantiene relevante.

Para el análisis de este ítem, se presentan los datos obtenidos de las entrevistas a profesionales de la medicina y la enfermería que surgieron la encuesta auto administrada.

Cuadro No. 9:
Horas promedio trabajadas en el establecimiento**

Países	Hasta 35 horas	Entre 36 y 40 hs	Entre 41 y 48 hs	Más de 48 hs	Total
ARGENTINA	42%	21%	14%	20%	97%
Enfermera/os	36%	20%	16%	23%	95%
Médicos /as	47%	22%	11%	18%	98%
BRASIL	36%	37%	11%	17%	101%
Enfermera/os	40%	42%	16%	2%	100%
Médicos /as	31%	31%	5%	32%	99%
COSTA RICA	9%	8%	40%	42%	99%
Enfermera/os	8%	9%	59%	23%	99%
Médicos /as	11%	7%	23%	59%	100%
PERU	4%	42%	36%	12%	94%
Enfermera/os	8%	47%	36%	7%	98%
Médicos /as	0%	36%	36%	17%	89%
Total general	26%	25%	24%	24%	99%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, 2010.

** No suma el 100% porque el porcentaje faltante es la no respuesta.

Los datos del cuadro muestran que una proporción importante (casi la mitad) trabajan en el establecimiento más de 40 horas semanales²⁵. La jornada más extensa en la institución la efectúan los médicos de Costa Rica, que son, por otro lado, quienes tienen menor porcentaje de multiempleo. La razón fundamental de este comportamiento se basa en los elevados montos que se pagan por horas extras en ese país.

La extensión de jornada para ambos grupos profesionales es muy diferente y, a su vez presenta una fuerte heterogeneidad entre los países. Salvo en Argentina -donde la jornada es más extensa para las enfermeras que para los médicos-, en el resto de los países los profesionales médicos trabajan más horas que el personal de enfermería en la unidad hospitalaria analizada. También debe aclararse que normalmente la respuesta sobre la jornada se refiere al horario formal. En muchos de nuestros países el cumplimiento horario por parte de los profesionales es deficiente y difícil de regular.

²⁵ Cabe consignar que la jornada legal es diferentes según los países. En Brasil y Costa Rica la jornada legal es de 44 horas, en Argentina y Perú es de 48 horas. El agrupamiento que se efectuó es considerando la jornada sugerida por la OIT de 40 horas semanales.

Lamentablemente, no tenemos información referida a la extensión de jornada por multiempleo en las encuestas autoadministradas.

4.3 Trabajo por turnos

Cada vez se recurre más al trabajo por turnos en el sector terciario. En el sector de la sanidad, la mayor parte de los empleados (con la excepción de los administradores y del personal médico superior), realizan una forma u otra de trabajo por turnos, aunque en el caso de médicos jóvenes este servicio consiste más bien en una alternancia de días de trabajo y días libres, que en una alternancia de horas en una misma jornada.

Un estudio crítico de los efectos del trabajo por turnos sobre la salud, publicado en 1976 por Alain Wisner, llegó a la conclusión de que aunque había pruebas de que el trabajo por turnos y particularmente el trabajo nocturno, altera los ritmos circadianos y el sueño, los signos de repercusiones importantes sobre la salud eran exiguos. Algunos datos sugerían que las afecciones gastrointestinales eran más frecuentes en los trabajadores por turnos, y que las personas que habían realizado anteriormente esta forma de trabajo tenían peor salud que sus compañeros que trabajaban por turnos. De todos modos, según el autor, los datos analizados provenían de estudios mal realizados, basados en gran número de quejas insuficientemente fundamentadas.

Otro estudio basado en investigaciones realizadas en varios hospitales de la República Federal de Alemania y publicado en 1980, concluía que el trabajo nocturno y por turnos afectaba considerablemente la salud de los trabajadores sanitarios. En él se citaban los siguientes trastornos: cefalalgias, dorsalgias, dolencias gástricas (hasta la úlcera), náuseas, dolores en las piernas, pérdida del apetito, insomnio y sueño agitado, astenia y fatiga general. Se consideraban particularmente graves los problemas de insomnio vinculados al paso del turno de día al turno de noche y viceversa. Según el estudio, estos trastornos también repercutían negativamente en la capacidad de trabajo del personal de sanidad y en la coordinación de las diversas operaciones profesionales.

Más recientemente se han publicado algunos estudios sobre el trabajo por turnos de los profesionales de la sanidad. La mayoría de ellos se refieren al personal de enfermería. Los enfermeros que trabajaban a tiempo completo mostraban una mejor adaptación de los ritmos circadianos que los que trabajaban a tiempo parcial, pero los que mejor se adaptaban eran los enfermeros que trabajaban permanentemente el turno de noche. Uno de tales estudios contenía un interesante suplemento indicando accidentes de poca importancia de que habían sido víctima los enfermos. La frecuencia de estos accidentes disminuía en los turnos de mañana y de tarde y aumentaba en los de noche. No puede decirse si ello se debía a perturbaciones del ritmo circadiano de los enfermos o de los enfermeros, pero, puesto que los enfermos permanecen relativamente inactivos de noche, incumbe a los enfermeros redoblar la vigilancia durante esas horas.

Es obvio que se precisan más estudios de alta calidad científica para sostener la afirmación de que determinados trastornos importantes puedan deberse al trabajo por turnos. No obstante, es indudable que puede entrañar una notable perturbación de la vida social, como lo mencionaron algunos gobiernos (Suecia y Finlandia) y sindicatos en sus respuestas o comentarios al cuestionario de la OIT.

Cuadro No. 10: Disposición horaria de los médicos y enfermeras en los países estudiados

Países	Enfermeras/os - Turnos			Médicas/os - Turnos		
	Fijos	Rotativos	Total	Fijos	Rotativos	Total
Argentina	80%	20%	100%	80%	20%	100%
Brasil	68%	32%	100%	31%	69%	100%
Costa Rica	15%	85%	100%	85%	15%	100%
Perú	22%	78%	100%	45%	55%	100%
Total general	50%	50%	100%	64%	36%	100%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

En una reciente encuesta a trabajadores (EIL, 2005) realizada en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y que incluye el sector salud, determina que un 20% del personal de ese sector trabaja los días domingo.

En el caso de la investigación multicéntrica realizada, el trabajo por turnos adquiere significación para el personal de enfermería. En efecto la mitad de ese personal realiza sus tareas en turnos rotativos. Las cifras son más altas en Perú y en Costa Rica, Argentina y Brasil mayoritariamente trabajan en turnos fijos. En el caso de los profesionales médicos, la proporción es menor, salvo Brasil y Perú.

4.4 Percepción de las condiciones de trabajo

La imagen que los trabajadores tienen de sus condiciones de trabajo es fundamental a la hora de analizar cuáles son las reales condiciones en que se desempeña el trabajo. Si bien puede haber diferencias entre las condiciones "objetivas" de trabajo y la percepción de las mismas, tema que fue largamente discutido en la literatura internacional, no cabe duda que la imagen subjetiva de los trabajadores sobre las mismas puede alejarse sólo parcialmente de esa realidad "objetiva". Es la visión de quien desempeña su trabajo el que puede lograr una mirada más integral y sistemática de las condiciones en el que las desempeña. Por otro lado, una medición objetiva de las condiciones de trabajo sólo puede hacerse a partir del análisis del comportamiento por separado de cada una de las dimensiones, no pudiéndose conocer los impactos de conjunto que pueden tener sobre la salud del trabajador.

Hay un conjunto de metodologías que originalmente fueron acuñadas para el análisis del trabajo en la industria (en particular el método LEST²⁶) que algunos investigadores han adaptado para el trabajo en salud como es el caso del Dr. Fernando Tomasina en Uruguay. Sin embargo, creemos que la complejidad misma del trabajo en el sector salud, la dinámica de interrelaciones sociales permanentes, y la aparición de nuevos factores, como la violencia, la permanente relación con la incertidumbre, dificultan esa apreciación "objetiva" que si puede realizarse en las dimensiones que integran el llamado ambiente físico, el ergonómico,

²⁶ LEST corresponde a las siglas en inglés de "Laboratoire de Economie et Sociologie du Travail", que consiste en un método para el análisis de las condiciones de trabajo.

las medidas de seguridad requeridas y aplicadas o no, las que efectivamente pueden ser analizadas por herramientas de medición adecuadas.

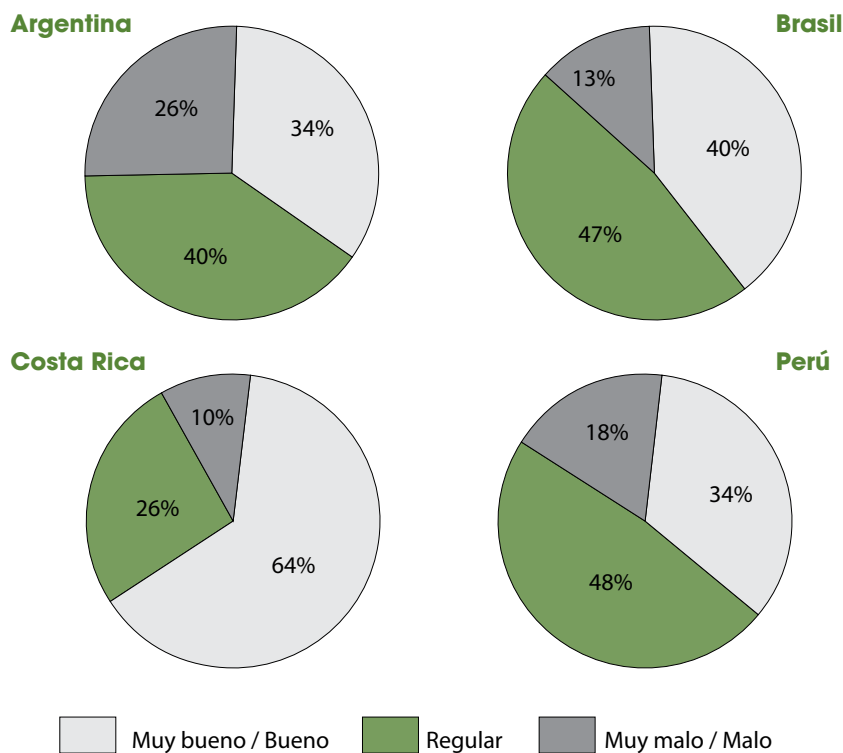
También hay que reconocer que la percepción está teñida no sólo de las condiciones en que se desarrolla el trabajo, sino también de las expectativas, por un lado, y de modelos "ideales" con los que se los compara, por otro. En este apartado se analiza la problemática desde una percepción integral primero y luego de cada una de las dimensiones.

Cuadro No. 11:
Percepción de las condiciones de trabajo de los profesionales de medicina y enfermería

Países	MUY BUENAS / BUENAS	REGULARES	MALAS / MUY MALAS
Argentina	34%	39%	26%
Brasil	40%	47%	13%
Costa Rica	64%	26%	9%
Perú	34%	48%	18%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Gráfico No. 7:
Percepción de los trabajadores de la salud (enfermeras y médicos) sobre sus condiciones de trabajo



Es interesante destacar la diferencia que se presenta entre los países. Claramente, el personal de salud en Costa Rica es quien presenta la percepción más positiva. Efectivamente, sólo menos del 10% del personal encuestado tiene una imagen negativa de sus condiciones de trabajo. En los casos de Brasil y Perú, la suma de las percepciones positivas y regulares arroja proporciones importantes. El país donde se da la percepción más negativa es Argentina, y aunque hay algunas diferencias entre las unidades seleccionadas, las mismas no parecen ser significativas.

Cuando se discrimina por tipo de profesión, aunque se mantienen los rasgos y tendencias de cada país, surge heterogeneidad en la percepción según el tipo de personal. Efectivamente, el personal médico tiene una percepción más negativa de sus CYMAT²⁷ y tienden a agruparse en una caracterización de “regular”, mientras que el personal de enfermería tiende a tener una mirada algo más positiva.

Cuadro No. 12:
Percepción de las condiciones de trabajo por parte de los profesionales en medicina

Países	MUY BUENAS / BUENAS	REGULARES	MALAS / MUY MALAS
Argentina	25%	46%	28%
Brasil	32%	51%	16%
Costa Rica	55%	31%	14%
Perú	17%	55%	28%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Cuadro No. 13:
Percepción de las condiciones de trabajo por parte del personal de enfermería

Países	MUY BUENAS / BUENAS	REGULARES	MALAS / MUY MALAS
Argentina	43%	32%	24%
Brasil	47%	44%	9%
Costa Rica	73%	22%	5%
Perú	52%	42%	7%

Fuente: Investigación Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, 2010

²⁷ Siglas que refieren a las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Los datos relativos a enfermería son interesantes, por su sesgo positivo -con la sola excepción de Argentina- por cuanto, por el contrario, la preocupación por las malas condiciones de trabajo del personal de enfermería en los países europeos, provoca una alta rotación de este personal. Por ejemplo, el personal de enfermería en Francia (Estryn Behart y otros) expresa una insatisfacción del 66% en materia de soporte psicológico institucional para el trabajo, 52% con las condiciones físicas de trabajo, y 44% en materia salarial, datos que son algo superiores a la media europea (que en esos rubros es de 50,3%, 44,2% y 53,0%, respectivamente).

Seguramente, en esta diferencia de percepciones están influyendo tanto las condiciones del mercado de trabajo -en general- de los países latinoamericanos versus los europeos, como el nivel de calificaciones exigido en cada región para el desempeño en las tareas de enfermería.

4.5 Principales riesgos percibidos

- **Accidentes y lesiones**

Los accidentes y lesiones se han trabajado en las diferentes instancias del estudio: a nivel de los directivos, a nivel de los profesionales entrevistados, como en las entrevistas autoadministradas que permiten extraer algunos datos estadísticos significativos.

Esta dimensión fue desagregada en: i) riesgos principales en materia de accidentes como de enfermedades profesionales; ii) evaluación de riesgos/problema por tipo y iii) un capítulo especial sobre Burnout y "carga mental".

En materia de *accidentes*, debe señalarse que de manera bastante unánime se ubican los pinchazos, los riesgos vinculados con residuos patogénicos y las lesiones osteomusculares agudas y, a su vez, en materia de enfermedades asociadas con el trabajo, se destacan las provenientes de posturas y cargas como lumbalgias y problemas osteomusculares, por un lado, y del otro, las enfermedades de stress, agotamiento físico y mental, producto de presiones, organización e intensidad del trabajo. Más allá de las diferencias que ahora desarrollaremos y que varían por unidad hospitalaria y por actividad profesional, estos son los principales riesgos que emergen en materia de accidentes y enfermedades.

Es interesante notar que los principales problemas detectados por los profesionales médicos en nuestra investigación, en general se asocian con los riesgos biológicos en materia de HIV/ Hepatitis B y algunas dimensiones vinculadas con las dificultades para un buen desempeño de la tarea: limitaciones de espacio, falta de herramental, diseño ergonómico deficiente (salvo para Argentina). En el caso de los profesionales de Perú aparece como muy importante la intensidad de trabajo (tanto en los tiempos asignados como por ausencia de personal).

Cuadro No. 14:
Principales riesgos mencionados por el personal médico

Auto administradas - médicos		Argent.	Brasil	Costa Rica	Perú	Total general	
Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos	59%	41%	59%	83%	58%	
	HIV/Hepatitis B	67%	74%	54%	78%	67%	
Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	37%	48%	44%	83%	49%
		Iluminación	33%	36%	32%	53%	36%
		Vibraciones	10%	9%	15%	50%	17%
		Radiaciones	28%	33%	31%	23%	29%
		Electricidad	21%	12%	29%	43%	25%
		Temperatura ambiente	34%	46%	52%	80%	49%
		Ventilación	38%	47%	57%	80%	52%
		Polvos	15%	37%	21%	80%	32%
	Químicos	Humos	8%	5%	19%	77%	21%
		Vapores	9%	19%	26%	45%	22%
	Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	33%	56%	59%	92%	55%
		Diseño ambiental	41%	27%	34%	88%	42%
		Salidas de emergencia/ evacuación	48%	24%	46%	72%	45%
		Fuentes de calor no protegidas	13%	4%	18%	3%	11%
		Intensidad de trabajo en los tiempos asignados	54%	43%	55%	83%	56%
Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo por ausencias de personal	50%	49%	51%	85%	56%	
	Falta de herramental adecuado para la atención	79%	53%	45%	83%	63%	
	Limitaciones de espacio	61%	65%	57%	83%	64%	
	Mala organización del trabajo	49%	34%	26%	43%	37%	
	Jornadas extensas de trabajo	34%	37%	41%	45%	38%	
	Jerarquías sin legitimidad	29%	15%	19%	18%	21%	
	Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)	35%	22%	20%	20%	25%	
	Mal clima organizacional	31%	23%	31%	25%	28%	
	Exceso de controles	5%	6%	17%	7%	9%	
	Falta de controles	36%	21%	15%	48%	28%	

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Cuadro No. 15:
Principales riesgos señalados por el personal de Enfermería

Auto administradas - Enfermeras		Argent.	Brasil	Costa Rica	Perú	Total general	
Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos	62%	61%	65%	72%	64%	
	HIV/Hepatitis B	78%	85%	54%	90%	75%	
Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	41%	52%	58%	70%	53%
		Iluminación	43%	40%	47%	40%	43%
		Vibraciones	13%	11%	28%	40%	20%
		Radiaciones	29%	30%	51%	40%	37%
		Electricidad	25%	15%	44%	45%	30%
		Temperatura ambiente	44%	34%	51%	78%	48%
		Ventilación	43%	43%	59%	83%	53%
	Químicos	Polvos	25%	36%	37%	70%	38%
		Humos	6%	4%	21%	55%	17%
		Vapores	13%	15%	24%	27%	19%
	Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	31%	42%	57%	78%	48%
		Diseño ambiental	35%	20%	37%	70%	37%
		Salidas de emergencia/ evacuación	56%	26%	60%	60%	50%
		Fuentes de calor no protegidas	22%	6%	17%	7%	14%
Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados	38%	45%	57%	83%	52%	
	Intensidad de trabajo por ausencias de personal	73%	72%	77%	77%	74%	
	Falta de herramienta adecuado para la atención	54%	51%	53%	87%	58%	
	Limitaciones de espacio	46%	51%	70%	87%	60%	
	Mala organización del trabajo	31%	27%	28%	20%	28%	
	Jornadas extensas de trabajo	48%	24%	18%	33%	31%	
	Jerarquías sin legitimidad	39%	17%	16%	5%	21%	
	Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)	31%	30%	22%	7%	25%	
	Mal clima organizacional	25%	15%	32%	10%	22%	
	Exceso de controles	5%	10%	26%	7%	12%	
Falta de controles	41%	15%	22%	28%	27%		

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Para el personal de enfermería los *riesgos biológicos* asociados al manejo de residuos patógenos y el riesgo de contagio de HIV/Hepatitis B e *intensidad de trabajo sobre todo por ausencias de personal*, emergen claramente como los principales factores. En Perú el problema de la intensidad de trabajo aún en los tiempos asignados tiene una importancia significativa. En general, el personal de enfermería de Perú asigna valores altos a varios problemas, aunque estos datos no son consistentes con una percepción general que no emerge como tan negativa. En resumen, los principales riesgos identificadores por país, son los siguientes:

Cuadro No. 16:
Gestión de riesgos de carácter biológico, ambientales y psicosociales.

Auto administradas		Argent.	Brasil	Costa Rica	Perú	Total general	
Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos	60%	51%	62%	78%	61%	
	HIV/Hepatitis B	72%	80%	54%	84%	71%	
Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	39%	50%	51%	77%	51%
		Temperatura ambiente	39%	39%	52%	79%	49%
		Ventilación	40%	45%	58%	82%	53%
	Químicos	Polvos	-	37%	-	75%	35%
	Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	-	49%	58%	85%	51%
		Diseño ambiental	38%	-	36%	79%	40%
		Salidas de emergencia/ evacuación	52%	-	53%	66%	48%
Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados	46%	44%	56%	83%	54%	
	Intensidad de trabajo por ausencias de personal	62%	61%	64%	81%	65%	
	Falta de herramental adecuado para la atención	66%	52%	49%	85%	61%	
	Limitaciones de espacio	53%	58%	64%	85%	62%	
	Mala organización del trabajo	40%	-	-	-	-	
	Jornadas extensas de trabajo	41%	-	-	39%	-	

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

- **Riesgos según área de trabajo**

Dado que las diferentes áreas en las que se desempeña el personal de salud pueden presentar diferencias en cuanto a los riesgos para los trabajadores, pareció importante identificar situaciones diferentes. Significativamente, los riesgos asociados a atención ambulatoria, emergencias e internación no presentan diferencias altamente significativas, ni entre países, ni entre las diferentes áreas de trabajo.

El riesgo vinculado con la transmisión/contagio de HIV o Hepatitis B es la que adquiere mayor significación en las tres grandes áreas, aunque en internación y emergencias adquiere mayor

peso. Las limitaciones de espacio son particularmente importantes en atención ambulatoria, esto es tamaño de los consultorios, espacios de espera, etc.

Cuando se hace el análisis por institución hospitalaria en cada uno de los países, si bien se detectan algunas diferencias, no son significativas. Problemas de temperatura, en ambiente físico, están asociados a la ubicación geográfica del hospital o problemas ergonómicos en algunos edificios particularmente viejos.

Es significativo que donde se ubican los principales problemas en términos agregados es en los riesgos de carácter biológico por un lado y los riesgos psicosociales por otro.

Cuadro No. 17:
Principales riesgos por país

Países	Argentina	Brasil	Costa Rica	Perú	Total
Atención Ambulatoria	1° Falta de herramienta adecuado para la atención (74%)	HIV/Hepatitis B (81%)	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados (82%)	Falta de herramienta adecuado para la atención (100%)	HIV/Hepatitis B (68%)
	2° Limitación de espacio (69%)	Limitación de espacio (66%)	Ventilación (62%)	Diseño ergonómico deficiente (94%)	Limitación de espacio (64%)
	3° HIV/Hepatitis B (67%)	Falta de herramienta adecuado para la atención (55%)	Manejo de residuos patogénicos (61%)	Ventilación (94%)	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados (60%)
Atención Internación	1° HIV/Hepatitis B (77%)	HIV/Hepatitis B (86%)	Manejo de residuos patogénicos (60%)	Diseño ergonómico deficiente (86%)	HIV/Hepatitis B 74%
	2° Falta de herramienta adecuado para la atención (64%)	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados (47%)	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados (53%)	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados (93%)	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados (51%)
	3° Manejo de residuos patogénicos (62%)	Manejo de residuos patogénicos (55%)	Limitación de espacio (58%)	Falta de herramienta adecuado para la atención (91%)	Manejo de residuos patogénicos (61%)
Atención Emergencia	1° Falta de herramienta adecuado para la atención (80%)	HIV/Hepatitis B (78%)	HIV/Hepatitis B (71%)	Manejo de residuos patogénicos (100%)	HIV/Hepatitis B (75%)
	2° Intensidad de trabajo en los tiempos asignados	Limitación de espacio	Limitación de espacio	Falta de herramienta adecuado para la atención	Falta de herramienta adecuado para la atención
	3° HIV/Hepatitis B	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados	Polvo	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

- **La gestión de los riesgos**

El aspecto en común en el tema de la gestión de Higiene y Seguridad y de los riesgos laborales del personal de salud -a pesar de la diferencia no sólo entre países, sino entre las mismas unidades de un país- es que es una problemática que no es percibida como prioritaria por parte de las autoridades.

Por supuesto que el espectro de situaciones es muy diverso, pero lo cierto es que, más allá de los esfuerzos, la percepción por parte del personal es muy difusa y poco conocida. Si bien, a excepción de Argentina, todos los países tienen Comité de Higiene y Seguridad (1 sólo de los 2 hospitales en Perú), estos comités son poco conocidos, el personal desconoce cómo están conformados y el conocimiento sobre las actividades que desarrollan es muy difuso.

Cuadro No. 18:
Gestión de riesgos de higiene y seguridad del personal de salud.

Aspectos	Argentina	Brasil	Costa Rica	Perú
Comités de Higiene y Seguridad o de salud de los trabajadores	No hay comités ni responsables del área.	Hospital 1: Área de H S constituida por 16 personas (no hay ni médicos ni representantes sindicales).	Hospital 1: Comité de Salud Ocupacional. Hospital 2: Médico del Trabajo a tiempo completo, una Comisión de Higiene y Seguridad integrado por representantes de todos los sectores profesionales. Dada la complejidad de la institución hay 8 Comisiones funcionando: Control de infecciones Hospitalarias, Salud Ocupacional y Seguridad Humana, etc.	Hospital 1: responsable de Higiene y Seguridad. - Funciona un Comité de Salud. - Seguridad y trabajo, creado en enero del 2008, y desde abril del 2009 se constituyó de manera paritaria con representantes de los sindicatos y del conjunto de los diferentes sectores del Hospital. Hospital 2: No hay responsable ni Comité.
Actividades que se desarrollan	Hospital 1: Registro accidentes. Hospital 2: registro accidentes y enfermedades profesionales.		- Registro de incidentes. - Accidentes y enfermedades profesionales.	- Relevamiento de riesgos por áreas. - Relevamiento de áreas por accidentes punzocortantes. - El sistema de registro incluye accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo.
Reconocimiento por parte del personal		- Percepción de la existencia de registros (64% para enfermería y 42% para médicos). - Reconocimiento de medidas preventivas (65% para enfermería y 82% profesionales médicos). - Reconocimiento de la existencia de un Área.	- Reconocimiento de la existencia de los Comités. - Conocimiento parcial de las campañas que se desarrollan.	
Campañas/ acciones		- Instalación de carteles y señales (71% de los médicos y el 42% de enfermería). - Difusión (56% y 40%) - Modificaciones ergonómicas o en la organización del trabajo, respectivamente).	Charlas de salud ocupacional; Campañas de sensibilización, de comunicación; Compra de equipamiento Cursos de uso de agujas ; Campaña de riesgos frente a temblores;	Formación de brigadistas; Formación de un Comité de ética para problemas laborales
Uso de elementos de seguridad	si	si		

Ejemplo de campaña Hospital Nacional de Lima - Plan integral de acción Acciones punzocortantes

El pedido de identificación del **plan de acción más importante** llevado a cabo durante 2007-2008, se destacó la acción llevada a cabo en relación con los accidentes punzo cortantes, que tuvo lugar en:

- **todas las unidades orgánicas asistenciales** de atención médica;
- que **involucró a agentes muy diversos** (médicos, profesionales no médicos, personal profesional y auxiliar de enfermería, personal técnico y de Emergencias), trabajando en una detección temprana del problema.

Se realizaron:

- **Tareas de difusión y sensibilización.**
- **Capacitación.**
- **Cambio de equipamientos** (compra de cajas con mayor capacidad de bioseguridad), etc.
- Implementación de **cambios en la organización del trabajo**, centrados en modificaciones en la organización de la jornada y mejor definición de tareas y funciones.
- **Seguimiento de las medidas** a través del control de la puesta en práctica de las medidas previstas y registro estadístico de eventuales cambios en los resultados

Es interesante que a pesar de estas significativas diferencias en la implementación de organismos dedicados al tema, el grado de conocimiento por parte del personal, si bien es variable, se mantiene un importante grado de desconocimiento. Entre tanto, en Argentina el 53% dice no saber si existe algún organismo (y un 17% opina que sí); en Brasil es del 25 % el desconocimiento, aunque la mitad responde afirmativamente); en Costa Rica el desconocimiento es del 20%, aunque es donde hay mayor reconocimiento (75%) y en Perú, el 45% afirman desconocer la existencia de algún organismo vinculado al tema y sólo el 23% lo hace por la afirmativa.

• **Riesgos psicosociales**

Las profesiones de la salud están vinculadas a muchas situaciones habitualmente generadoras de stress. Como lo muestra nuestro estudio, el trabajo suele ser físicamente arduo, la duración del mismo excesiva, las responsabilidades grandes y los conflictos con su vida privada considerables. Además, el enfrentamiento cotidiano con la enfermedad y la muerte puede plantear verdaderos problemas al personal en prácticas, particularmente por lo menos en los servicios de pediatría y en las unidades de cuidados intensivos.

Muchos de estos aspectos del trabajo son inalterables. La propia índole de las funciones exige la sobrecogedora confrontación con la muerte y el sufrimiento sin dejar de confiar al propio tiempo en cierto éxito. Pero resulta difícil establecer criterios de comportamiento para el personal sanitario. Una mayor flexibilidad y preocupación por parte de las autoridades hospitalarias podría mejorar las cosas, y el servicio de medicina del trabajo tiene también una importante función consultiva que desempeñar. Actualmente se está comenzando a estudiar seriamente el problema del stress en el sector de la sanidad; a pesar de ello, trabajar con enfermos seguirá siendo una labor física y psicológicamente ardua, por lo que quienes se consagran a esta tarea necesitan ayuda desde el principio.

En el abordaje del tema de aspectos psicosociales, el estudio consideró un conjunto de dimensiones que se vinculan tanto con la organización del trabajo, como con la intensidad de la tarea y sobrecarga, como por el conjunto de presiones/apremios que puede tener el trabajador en su puesto de trabajo.

Entre otros, consideramos:

- Organización del trabajo, vinculado tanto a la distribución de tareas, como a dificultades de coordinación
- Intensidad de trabajo, sea por carga habitual de trabajo o como respuesta a problemas de ausentismo y extensión de la jornada.
- Limitaciones de espacio o falta de herramental adecuado, que, aunque institucionales, afectan al desempeño laboral.
- Mal clima organizacional o jerarquías no legitimadas.
- Falta o sobreabundancia de controles.
- Violencia.

Como es habitual en el personal de salud, se destaca la queja vinculada con las dimensiones que dificultan un buen desempeño laboral (falta de espacio o falta de herramental adecuado). Esta es una problemática vigente en los cuatro países estudiados, aunque adquiere un predominio algo mayor en Perú.

Mala organización del trabajo emerge como dimensión problemática, en primer lugar en Argentina (un 50% de los encuestados manifiestan una importante insatisfacción en este rubro), al igual que la escasa coordinación a nivel horizontal) seguido por Perú, pero no aparece como significativo en los otros dos países.

En materia organizacional es interesante destacar que en materia de controles, hay más quejas vinculadas con la ausencia que con la sobreabundancia de los mismos. La intensidad de trabajo aparece como un problema serio, sobre todo por ausencia del personal.

- **Emergencia de nuevos riesgos**

El tema de la violencia (de los pacientes o familiares, de los superiores jerárquicos o de los propios colegas), emerge como uno de los principales “nuevos” riesgos al que está sometido el personal de salud en su práctica laboral.

Cada vez son más abrumadoras las pruebas del creciente número de agresiones del que es objeto el personal de clínicas y hospitales, por parte de los pacientes y de sus acompañantes. Estos incidentes ocurren principalmente en los departamentos de traumatología y urgencias. Así como otros aspectos de la prevención de accidentes y lesiones en los hospitales permiten medidas eficaces de prevención, las agresiones contra el personal constituyen un síntoma del entorno urbano moderno y, por tanto, no pueden solucionarse solamente dentro del contexto del hospital.

Cuadro No. 19:
Situaciones de violencia en el último año

	Argentina	Brasil	Costa Rica	Perú
Médicos	78%	42%	46%	17%
Enfermeras	60%	49%	41%	22%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Cuadro No. 20:
Situaciones de violencia física en el último año

	Argentina	Brasil	Costa Rica	Perú
Médicos	24%	16%	15%	7%
Enfermeras	19%	18%	13%	3%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Si bien la Argentina muestra uno de los parámetros más altos en términos de violencia en el lugar de trabajo, seguida de cerca por Brasil y Costa Rica, ésta disminuye sistemáticamente cuando se la reduce a “violencia física”. La situación presenta también rasgos diferenciales según la ubicación de la unidad hospitalaria estudiada, en términos del ambiente social en el que está inserta. Los hospitales localizados en zonas más vulnerables económica y/o socialmente son los que están más expuestos a esta problemática.

La problemática de la violencia -según la literatura internacional (De Martino, 2002)- es un tema creciente y aflige a uno de cada dos profesionales de la salud de todo el mundo. Por ello, en el 2002 se puso en marcha una iniciativa en el marco de un programa conjunto de organizaciones especializadas en el ámbito del trabajo, la salud y los servicios públicos, con el propósito de ayudar a estos profesionales a combatir el miedo, las agresiones, la humillación, e incluso el homicidio en sus lugares de trabajo. El grupo de trabajo conjunto, compuesto por la OIT, la OMS, la Internacional de Servicios Públicos (ISP) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), ha dado a conocer las “Directrices marco para tratar la violencia laboral en el sector de salud”. Las investigaciones ponen de manifiesto que cerca del 25 % de los incidentes violentos en el trabajo se produce en el sector de la salud, y que más del 50 % de los profesionales de la atención sanitaria ha experimentado incidentes de este tipo.

En el estudio se indica que la violencia en los sectores relacionados con la salud va mucho más allá de las agresiones o las ofensas individuales, pues pone en peligro la calidad de la atención de la salud, la productividad y el desarrollo. Las mujeres son especialmente vulnerables. El informe señala que, aunque el personal de las ambulancias es el más expuesto, la posibilidad de que las enfermeras sufran episodios de violencia en el lugar de trabajo es tres veces mayor

que en otros grupos profesionales. El hecho de que las mujeres sean mayoría entre los agentes de salud, resalta la dimensión de género de este problema.

En los Estados Unidos, los trabajadores de la atención de salud se enfrentan a un riesgo 16 veces mayor de sufrir incidentes violentos que los trabajadores de otros servicios. En los EE.UU., más de la mitad de las denuncias de agresión en el lugar de trabajo se produce en el sector de la salud. En el Reino Unido, casi el 40 % del personal del Servicio Nacional de la Salud dijo haber sufrido intimidaciones en 1998. En Australia, el 67,2 % de los profesionales de la salud fue objeto de violencia física o psicológica en 2001.

La violencia generalizada en el trabajo contra el personal de la salud no se limita al mundo industrializado. Más de la mitad de los agentes de salud de Bulgaria (el 75,8 %), Sudáfrica (el 61 %) y Tailandia (el 54 %), así como el 46,7 % de los trabajadores sanitarios de Brasil, sufrieron al menos un incidente de violencia física o psicológica en 2001.

Las investigaciones también ponen de relieve que la violencia psicológica en el lugar de trabajo, que abarca los abusos verbales, la intimidación y el acoso moral, es más frecuente que la violencia física, y que entre el 40 % y el 70 % de las víctimas muestran síntomas de estrés considerables. La violencia en el lugar de trabajo afecta a hombres y mujeres de todos los grupos profesionales y entornos laborales del sector de la salud. Sin embargo, la mayor tasa de incidencia de delitos corresponde al personal de ambulancias, las enfermeras y los médicos. Los grandes hospitales de las zonas residenciales, densamente pobladas o con un alto índice de criminalidad, así como los que se encuentran en lugares apartados, son particularmente vulnerables.

En muchos países ni existen procedimientos de notificación, ni se persigue a los agresores. Las estrategias de lucha contra la violencia en el lugar de trabajo en el sector de la salud aún tienen un largo camino por delante, empezando por la sensibilización y la comprensión del problema entre el personal de atención de la salud y las demás partes interesadas, a todos los niveles.

En Brasil, una investigación llevada adelante en dos servicios de emergencia de Rio de Janeiro, muestra que las principales razones de violencia es la demora en atender a los pacientes, el deseo de los parientes de dar a sus familiares un inmediato y especial tratamiento, la percepción de negligencia en la atención, la inminencia de la muerte de un paciente, la invasión de gente armada en las áreas de Emergencia.

En síntesis, el estudio llevado a cabo ha podido identificar un problema extendido, aunque poco tratado y débilmente instalado como una dimensión que requiere ser trabajada desde políticas específicas, tanto sectoriales, como organizacionales y profesionales.

4.6 “Burnout” en el personal de salud

La OMS reconoce que el “Burnout es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el staff como en los miembros de una familia”

El Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado (Pines and Aronson, 1989). Para algunos autores, el Burnout caracterizado por la presencia de enfermedades psicósomáticas en trabajadores del área de servicios está generado por las malas

condiciones ambientales en su lugar de trabajo, falta de estímulos personales, económicos y de reconocimiento en sus tareas, escasez de tiempo libre y horarios inadecuados, siendo además factores estresantes crónicos que llevan al individuo hacia un desgaste en el trabajo, su vida y en la relación con las personas que lo rodean. El Burnout es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes). En un primer momento Maslach (1976), definía al Burnout como un estrés crónico producido por el contacto con los clientes, que los llevaba hasta la extenuación y el distanciamiento emocional en sus trabajos. Los primeros estudios empíricos sistemáticos de Maslach, con ayuda de Ayala Pines, tenían como objetivo el análisis de los estados emocionales de los profesionales y sus reacciones a los clientes, relacionándolos con determinadas características de su trabajo (Maslach y Pines 1977, Pines y Maslach, 1980). Tales estudios mostraron la presencia del cansancio emocional y de la despersonalización fenómeno del Burnout, por ello las primeras aproximaciones conceptuales incluían solo ambas dimensiones.

Para Montenegro-Silva (2003) el Burnout posee tres componentes esenciales:

- **Agotamiento emocional:** sensación creciente de agotamiento en el trabajo, de no poder dar más de sí desde el punto de vista profesional. Percepción de abatimiento, irritabilidad y ansiedad ligada a la imposibilidad de dar más de sí mismo a otros.
- **Despersonalización:** numerosas actitudes de aislamiento de cariz pesimista y negativo que surgen para protegerse del agotamiento emocional, que son: distanciamiento de los compañeros de trabajo y de los pacientes que originan una deshumanización de las relaciones, un desprecio cínico del entorno y la tendencia a culpabilizar a los demás de las propias frustraciones laborales. Actitud fría e impersonal hacia usuarios y compañeros de trabajo. Reacción de aislamiento y distanciamiento -mediante la restricción de la frecuencia e intensidad de las interacciones- para poder ajustarse a la situación e sobrecarga. Pérdida de la autoestima
- **Sentimiento de inadecuación profesional:** El profesional siente que las demandas laborales exceden su capacidad, originando una tendencia a la autoevaluación negativa y a estar insatisfecho con sus logros profesionales.

La definición del stress contiene implícitamente la idea de una fuerza coercitiva que actúa sobre una persona, la cual queriendo contrarrestarla, se fatiga o agota. Estos factores de stress pueden provocar reacciones psicológicas y fisiológicas. Lo que preocupa a la mayoría de la gente es el exceso de stress, el bienestar de los empleados cuyo tiempo, energías y aptitudes son excesivamente solicitados. Estas solicitudes pueden producir efectos subjetivos como ansiedad, agresividad, apatía, aburrimiento, irritabilidad, o efectos sobre el comportamiento como propensión a accidentes, consumo de medicamentos, bulimia o agitación. Además, el individuo sometido a stress puede ser incapaz de adoptar decisiones correctas o resultar hipersensible a las críticas. Otras consecuencias: el ausentismo y afecciones tales como dolores de cabeza, erupciones cutáneas, dorsalgias o incluso coronariopatías.

El reconocimiento del stress y la consiguiente relajación pueden contrarrestar sus efectos, pero no eliminan sus causas, que están relacionadas con el trabajo. En general la gente busca un trabajo en el que se le reconozca el esfuerzo realizado y que le brinde satisfacciones de amor propio y una remuneración razonable. Por tanto, para prevenir y tratar males relacionados con el stress lo primordial es la reorganización del puesto de trabajo, y no el traslado a otro. En el sector sanitario se han consagrado pocos trabajos a esta cuestión.

- **Trabajo solitario**

Otro tipo de trabajo característico de los servicios de sanidad y que entraña una serie de riesgos es el trabajo solitario. Sus principales modalidades son los cuidados a domicilio y las guardias nocturnas en hospitales. También ocurre en situaciones en que el empleado no se encuentra solo en el sentido físico del término, pero puede tener que acoger a enfermos difíciles en salas de urgencia. El trabajo solitario supone una tensión mental debida, por ejemplo, a la falta de contacto con los colegas y, con frecuencia, a la supervisión de tareas menores y a la necesidad imperiosa de tomar decisiones sin poder consultarlas. Agravan esta situación el mayor riesgo de lesiones por esfuerzo y de exposición a la violencia. Algunos gobiernos han adoptado medidas para reducir los riesgos que entraña el trabajo solitario, sea prohibiéndolo en la medida de lo posible, como en ciertas zonas de Suecia que dependen de consejos condales, sea mejorando las condiciones del servicio, como en Finlandia.

4.6.1 Aspectos analizados del burnout en el personal de salud

- **Dimensiones consideradas en el análisis del problema**

Se aplicó un sistema de "múltiple choice" con una escala tipo Likert (cinco categorías) a un conjunto importante de preguntas que posteriormente fue clasificada en categorías asociadas a Burnout y stress a las que se adjudicaron a diferentes ítems (algunos de los cuales fueron utilizados en más de una dimensión).²⁸

Las grandes dimensiones consideradas son:

- **Polivalencia** (la exigencia para desempeñar tareas/funciones diversas).
- **Carga de trabajo** (ritmo de trabajo/ intensidad de trabajo por tiempos asignados/por complejidad de la tarea/ turnos de trabajo).
- **Carga física de trabajo** (Demasiados pacientes/carga física/cansancio/ turnos inadecuados).
- **Carga emocional/stress** (intensidad por complejidad de la tarea/exigencia de equilibrio emocional/órdenes contradictorias /autonomía requerida/exigencia de actualización/ cansancio físico-mental / irritación/disonancia entre presión y reconocimiento/turnos inadecuados).
- **Organización del trabajo/Relación con jefaturas** (intensidad de trabajo por tiempos y complejidad / órdenes contradictorias /exigencia de autonomía/criterio de la autoridad como referente / apoyo de las jefaturas/recursos humanos y su relación con las necesidades personales).
- **Relaciones interpersonales** (grado de conflictividad/ posibilidades de diálogo en el ámbito laboral/ gestión de recursos humanos /sistema de promociones y premios).
- **Salud laboral** (sistema de guardias/inadecuación de tareas/ malestares físicos propios o de colegas/ estado salud laboral propio y de colegas).

²⁸ Para un análisis pormenorizado ver Anexo Metodológico.

- **Salud ocupacional**

Comenzando por la última dimensión citada, podemos señalar que alrededor de la mitad de los encuestados en cada uno de los países, dice que su salud está afectada o muy afectada por su situación ocupacional. La única excepción la constituye Perú que es, al mismo tiempo, el país que presenta la imagen más negativa en materia de percepción y señalamiento de riesgos²⁹.

Cuadro No. 21:
Grado de afectación de la salud por la situación ocupacional
(en porcentajes)

Países	Argentina		Brasil		Costa Rica		Perú	
Enfermeras/os y médicos/as	ENF	MED	ENF	MED	ENF	MED	ENF	MED
SALUD grado de afectación	57%	54%	51%	48%	44%	52%	23%	14%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Para el grupo de enfermería en Argentina, es donde se verifica el mayor porcentaje en la percepción de afectados, semejante a lo planteado por los profesionales médicos. En ambos subgrupos, más de la mitad manifiesta sentirse afectados en su salud por las condiciones laborales. Si bien en Brasil el porcentaje en los médicos es algo menor al 50%, no lo es en enfermería; mientras que en Costa Rica, a pesar de la positiva percepción identificada, hay un 52% de trabajadores del área de Medicina que manifiestan sentirse afectados de manera importante sobre la salud. Esta percepción sobre la afectación de la salud está estrechamente relacionada con la imagen de reconocimiento que reciben por el desempeño de su tarea.

El índice se desagrega en dos dimensiones:

- a) Condiciones de trabajo que afectarían la salud.
- b) Salud personal o de los colegas afectada.

Puede analizarse que:

1. En Argentina, ambos grupos de profesionales tienen una visión negativa en materia de las condiciones laborales (60%), mientras que en lo que respecta a cómo se encuentra afectada su salud, en los médicos baja al 37% y en las enfermeras es del 44%. (ver Anexo Cuadro N° 6).
2. En Brasil, tanto las enfermeras (35%) como los médicos (31%) tienen una visión semejante respecto al deterioro de su estado de salud y más de la mitad, de ambos sectores, opina que las condiciones laborales no son buenas.
3. En Costa Rica, a diferencia de los otros países, la visión de los médicos es más negativa que la de las enfermeras, en todos los ítems analizados. Más de la mitad del personal de medicina percibe de manera negativa las condiciones de trabajo y un 42% sostiene que

²⁹ La fuerte diferencia que se observa entre la imagen sobre los riesgos, que era considerablemente alta, y esta percepción extremadamente baja en salud y en motivación, permitirían suponer la existencia de algún problema metodológico o falta de comprensión de las preguntas por parte de los consultados.

ellos o sus colegas están afectados en su salud. El personal de enfermería adjudica un 38% a los temas de salud específicos y un 49% la percepción sobre malas condiciones de trabajo que afectan la salud.

4. Por último, en Perú el porcentaje de afectación sobre la salud es bajo para ambos grupos profesionales en las dos grandes subdimensiones analizadas.

En todos los países la salud de los “otros” (se pregunta sobre la salud de sus colegas y/o compañeros de trabajo) es percibida como mucho más deteriorada que la propia, lo que obedecería a imágenes subjetivas más que a situaciones objetivas.

Se verifica un fuerte descorazonamiento o desmotivación acerca de la importancia o significado que tienen las intervenciones o el desempeño en la tarea. En ese sentido el mayor grado de insatisfacción lo presenta el sector de enfermería de la Argentina y Brasil con el 60% y 55% de las respuestas, respectivamente, seguido por los médicos de Argentina con un 50%. En Costa Rica desciende (40% y 37% respectivamente para enfermería y medicina) y en Perú significativamente las cifras son muy exiguas.

Otro de los factores que puede estar afectando la salud ocupacional remite a la percepción sobre carga de trabajo. Como se observa en el cuadro siguiente, la carga de trabajo para el personal de enfermería es considerablemente alta. Sólo para Argentina es algo menor al 60%, pero para la mayoría ronda alrededor del 70%, lo que coloca a este ítem en una situación problemática que debe ser atendida prioritariamente. En los médicos la carga de trabajo es también alta, con la excepción de Perú. Esta dimensión integra tanto la cantidad de trabajo a cumplir en los tiempos asignados como a la complejidad de las tareas y al ritmo de trabajo que debe respetarse.

Cuadro No. 22:
Porcentaje de trabajadores que perciben carga de trabajo alta y complejidad de las tareas

Países	Enfermeras	Médicas
Argentina	58%	60%
Brasil	72%	64%
Costa Rica	72%	69%
Perú	62%	46%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

También puede hacerse referencia a la carga física y/ o mental en el trabajo, Como puede observarse ambas dimensiones presentan porcentajes muy altos en la frecuencia de los índices de alta carga física de trabajo, pero también en los componentes de carga mental o stress.

Cuadro No. 23:
Porcentaje de trabajadores con carga física de manera frecuente o muy frecuente

Países	Enfermeras/os	Médicas/os
Argentina	62%	57%
Brasil	73%	61%
Costa Rica	67%	59%
Perú	45%	28%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

En todos los países analizados, la carga física del personal de enfermería es alta, y a su vez supera a los profesionales médicos. Brasil es quien presenta los mayores guarismos para ambos grupos profesionales, seguido por Costa Rica. Por el contrario, Perú es quien presenta los porcentajes menores en ambos grupos analizados.

En materia de stress, se verifican cifras muy preocupantes en todos los países y grupos de personal estudiados. Con la excepción de Perú, en todos los casos, el indicador de carga emocional oscila alrededor del 70%, lo que está focalizando este problema vinculado con riesgos más difíciles de prevenir o de gestionar.

Cuadro No. 24:
Porcentaje de trabajadores con carga emocional/stress de manera frecuente o muy frecuente

Países	Enfermeras	Médicas
Argentina	70%	72%
Brasil	73%	71%
Costa Rica	69%	69%
Perú	54%	52%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Este indicador se construyó con frases vinculadas a la organización del trabajo, a las exigencias del puesto, tanto desde el punto de vista físico como emocional, a las consignas recibidas y a su coherencia y a las sensaciones de irritabilidad y/o cansancio o agotamiento mental. Referido al aumento de irritabilidad en el trabajo, ambos grupos profesionales de Argentina y Brasil presentan los porcentajes más altos (con cifras que oscilan entre el 50 y 60% para los médicos de Argentina) y porcentajes menores para los otros países, aunque en todos los casos, es mayor en el personal médico que en enfermería. Cuadro N° A5 del Anexo.

- **El puesto de trabajo y su percepción**

A pesar de los factores analizados, relativos a la alta carga física y emocional en el desempeño del trabajo y su incidencia en salud ocupacional, hay una serie de aspectos del puesto de trabajo que son valorados.

Hay unanimidad al señalar que la polivalencia, la necesidad de efectuar tareas diferentes, es muy frecuente. (Ver cuadro N° A5 en el Anexo). El porcentaje más bajo es para el personal de enfermería de Argentina donde llega sólo al 61%. En Costa Rica, supera el 96% en ambos grupos profesionales y en Perú el 80% también para ambos sectores.

La necesidad de estar actualizado, la exigencia de poner en juego habilidades técnicas como de comunicación y trato con el otro, son reivindicados y resaltado por la mayoría de los entrevistados. Esto es, son tareas que requieren poner en acción de manera constante competencias técnicas, sociales y comunicacionales. Posibilidad de aprendizaje y necesidad de ser creativo son dimensiones que entran también en este análisis.

Esta percepción sobre las exigencias concentra la mayor unanimidad en la información relevada tal como se expresa en el cuadro que se despliega a continuación.

Cuadro No. 25:
Porcentaje de trabajadores con percepción de demanda de competencias en su puesto de trabajo

Países	Enfermeras	Médicos
Argentina	88%	89%
Brasil	90%	91%
Costa Rica	95%	94%
Perú	98%	98%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

En cuanto a la opinión sobre rutina y autonomía en el puesto, se observa que entre el 85% y el 97% señalan que se trata de una tarea creativa, no rutinaria y esta situación se extiende a los cuatro países analizados y a ambos grupos profesionales. Es interesante también destacar que la imagen predominante es que pueden tomar decisiones y que no vale sólo la opinión de las jefaturas. Es decir, se percibe una satisfacción con la tarea en sí misma, no con la carga asociada a ella, ni con la falta de reconocimiento, porque se valora la ausencia de rutina.

- **“Burnout”**

Esta dimensión fue analizada desde una perspectiva múltiple, indagando sobre distintos componentes y combinándolos de distinta forma, a partir de los desarrollos conceptuales analizados con anterioridad.

La primera es aquella que toma los síntomas más habituales relacionados con este tipo de patología: dificultad de abstraerse de los temas laborales al estar fuera del ámbito de trabajo, dificultades en el sueño y/o descanso, cansancio físico y mental, dificultades de recuperación y sensaciones de estar sobrepasados por las situaciones profesionales a enfrentar.

Esta situación general adquiere valores significativos aunque no alarmantes. Es cierto que supera en general a la mitad de cada una de las poblaciones analizadas, con la excepción de Perú. Argentina tiene los valores más altos, aunque las diferencias no son significativas para los médicos ni con Brasil ni Costa Rica. Para enfermería, los valores de los países más grandes del Cono Sur son semejantes.

Cuadro No. 26:
Porcentajes de trabajadores con índices de "burnout"

Países	Enfermeras/os	Médicas/os
Argentina	55%	59%
Brasil	54%	52%
Costa Rica	43%	56%
Perú	11%	12%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (2010).

Cuando se indaga sobre la despersonalización en relación al trabajo y el alejamiento frente al paciente, los datos permiten afirmar que esta situación es significativa y oscila para todas las situaciones alrededor del 40% (de 38% al 57%); es mayor para el personal de enfermería que para los médicos (a excepción de Perú) y Argentina presenta las cifras más altas en el área de enfermería. (Ver Cuadro N° A5, Anexo).

Cuando se analizan otras dimensiones del problema, vinculadas con la falta de reconocimiento, los valores son también interesantes, aunque la población encuestada se encuentra segmentada según el tamaño de los países y es menor su peso en Perú. El personal de enfermería presenta -en todos los países- cifras altas de falta de reconocimiento. Encabezando Argentina con casi un 70% de sentimiento de falta de reconocimiento de este sector.

Cuadro No. 27:
Porcentaje de trabajadores con índice de falta de reconocimiento

Países	Enfermeras	Médicas
Argentina	69%	60%
Brasil	60%	51%
Costa Rica	51%	49%
Perú	53%	46%

Fuente: Investigación Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, 2010

Un tema presente en el agotamiento, en la despersonalización, está asociado a las estrategias de reconocimiento institucional que los agentes perciben, vinculados con las políticas de recursos humanos en los establecimientos hospitalarios donde se desempeñan, por un lado y la satisfacción en el trabajo, por otro. También en este ítem el personal de enfermería presenta guarismos más altos que los médicos (Ver Cuadro N° A5 en el Anexo) y Argentina y Brasil presentan los porcentajes más elevados, mientras que este ítem en Perú es insignificante (7% y 8% en enfermería y médicos respectivamente). Estos datos deberían ser indagados en mayor profundidad, porque de corroborarse harían referencia a una situación muy interesante y particular en relación al reconocimiento, el desaliento y los factores asociados, en Perú. Sin embargo, la coincidencia importante de los otros tres países requeriría una mirada en profundidad para explicar la diferencia de percepción.

En materia de relaciones interpersonales (ausencia de conflictividad, posibilidad de diálogo en lugar de trabajo, sistema de promociones adecuados, etc.) muestran datos que indican la buena relación entre colegas en el lugar de trabajo, y es todavía algo más positivo para el personal médico que para enfermería. No hay mayor diferencia entre los países estudiados.

Ello denota que tanto los ítems vinculados con responsabilidad en la tarea, a las competencias exigidas para un buen desempeño en el puesto de trabajo, las posibilidades de aprendizaje y crecimiento como buenas relaciones interpersonales, son los aspectos positivos en el marco de procesos de fuerte intensidad de trabajo físico y emocional y una gestión del trabajo de escaso reconocimiento al desempeño y al esfuerzo.

En términos profesionales, la situación adquiere mayor complejidad para el sector de enfermería, donde la intensidad de trabajo y la falta de reconocimiento son altos. No hay diferencias significativas sobre todo entre Brasil y Argentina cuyas resultados son bastante semejantes. Alguna mejoría- aunque no significativa- surge de los datos de Costa Rica. Por su parte Perú presenta datos significativamente diferentes en términos tanto de 'burnout' como de reconocimiento, pero cierta disonancia en el conjunto de la información relevada requeriría de cierto análisis en profundidad para confirmarlos.

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES DEL ESTUDIO REALIZADO

Entre las principales conclusiones que pueden desprenderse de los estudios de caso de los países seleccionados, surgen informaciones muy interesantes y novedosas sobre la problemática de condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.

Una de las más sorprendentes es que el principal problema identificado, a partir de las reformas en el sector hacia finales de los 80 y durante la década de los 90, que era la precarización de la fuerza de trabajo en el sector, parece haber disminuido significativamente, al menos en el conjunto de las unidades hospitalarias analizadas.

Sin embargo, ello no significa que nos enfrentemos con un panorama altamente satisfactorio ni en materia de empleo, ni de condiciones de trabajo. En primer lugar, porque aparecen nuevos problemas y se continúan muchos de los viejos lo que permite afirmar que el conjunto de las condiciones de trabajo y salud continúan como temas urgentes a resolver para el personal del sector. Ello significa claramente que el objetivo del Trabajo Decente para los trabajadores del sector no pasa sólo por las condiciones de precariedad o estabilidad en la contratación. Los riesgos a los que están sometidos, la carga psíquica (asumida bajo la forma de "burnout"), extensión de jornada (y, en muchos casos multiocupación) sigue mostrando un colectivo laboral que requiere mayor atención en materia de condiciones y, organización del trabajo y sobretodo en estrategias de gestión de la fuerza de trabajo a nivel sectorial y de unidades de atención.

El primer aporte significativo del trabajo es haber generado información sustantiva y poco conocida sobre lo que está pasando en materia de condiciones de trabajo y salud de los trabajadores del sector salud, e información referida tanto a los riesgos a los que están sujetos como a la gestión de los mismos. Es decir, brindar una información sobre lo que sucede "puertas adentro" de las instituciones hospitalarias del sector público. En ese marco, es importante señalar que salvo algunas pocos temas y dimensiones, hay concordancia tanto entre países como en los diferentes sectores profesionales en las problemáticas identificadas.

El tema de la salud de los trabajadores de la salud no ocupa en ninguno de los países analizados un lugar preponderante, al menos a nivel de las unidades hospitalarias. Aún en los casos en los que se expresa una preocupación por parte de los directivos y/o autoridades, no se disemina por la organización de manera fluida. Los médicos y enfermeras tienden también a subestimar la importancia del tema. Aunque hay una percepción no muy positiva sobre las condiciones de trabajo a las que están expuestos (aunque difiere por país y grupo profesional).

Tiende a ser más fuerte la queja por temas de ruidos y/o temperatura, datos del ambiente físico que por la falta de elementos de seguridad apropiados, o por la inexistencia de organismos participativos ocupados del tema. Esta debilidad en la incorporación de la temática de condiciones de trabajo a la cultura laboral en el sector salud, es uno de los principales obstáculos para poder avanzar en esta dimensión. En el caso del personal de enfermería, la preocupación es algo mayor, hay mayor conciencia sobre el tema, pero se expresa más a nivel de queja que de acciones propositivas o de auto cuidado.

Es interesante destacar que aún en los casos - bastante extendidos en cantidad- que regulan la existencia de Comités/Comisiones de Higiene y Seguridad, tienen un bajo reconocimiento en el personal que desconoce su existencia. Su conformación y actividades, aunque a veces identificadas y reconocidas sólo por algunas de las acciones que llevan a cabo, en su gran mayoría son desconocidas. En particular, hay mejor información sobre los cursos de capacitación realizados y algunas campañas específicas. Pero el número de individuos que desconoce la presencia de estos organismos es alta, y mayor aún sobre su composición. Ello muestra las dificultades de difusión e instalación del tema, por un lado, pero también el bajo involucramiento del personal.

Hay un reconocimiento a la persistencia de los factores de riesgo habituales o tradicionales, que siguen siendo los más numerosos: pinchaduras o cortes, por un lado, y el contacto con vectores de riesgo biológico.

Los principales riesgos señalados simultáneamente están concentrados en riesgos de origen biológico, por un lado y psicosociales, por otro. A pesar de ello, la presencia de elementos de protección no es completa, no siempre hay disponibles, no siempre están en buenas condiciones y no siempre son reclamados por los mismos trabajadores.

Emergen una serie de nuevas problemáticas complejas de tratar y que están vinculadas al contexto de desempeño de las tareas. Entre ellas, podemos mencionar el stress, la tensión, emerge como un problema frecuentemente mencionado por los distintos grupos profesionales y se expresa también en los altos índices de "burnout" encontrados en las poblaciones estudiadas. La violencia por parte de los pacientes o familiares es un problema transversal a todos los países y a ambos grupos profesionales.

Las profesiones de la salud están vinculadas a muchas de situaciones habitualmente generadoras de stress. Como lo muestra el estudio, el trabajo suele ser físicamente arduo, la duración del mismo excesiva, las responsabilidades grandes y los conflictos con su vida privada considerables. Además, el enfrentamiento cotidiano con la enfermedad y la muerte puede plantear verdaderos problemas al personal.

La OMS reconoce que el "burnout" es un síndrome que se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas afectadas por enfermedades crónicas, que inciden tanto en el staff como en los miembros de una familia"

Los resultados muestran que al menos la mitad de los trabajadores siente afectada la salud por las condiciones de trabajo, por las jornadas, por un fuerte sentimiento de indiferencia o de reconocimiento a la tarea realizada por parte de superiores o por los sistemas institucionalizados.

Asociado al tema de "burnout", un problema si bien no nuevo, pero tratado de manera insuficiente hasta el momento, es la violencia que sufren, ejercida generalmente por parte del paciente o de sus familiares. Esta violencia, que tiene una frecuencia importante de violencia

física, se verifica en todos los países, y aumenta algo más en las zonas con mayor vulnerabilidad social.

Un tercer tema habitual en casi todas las unidades y que es más importante en el sector de enfermería, es el problema de las largas jornadas motivadas por ausencia de miembros del equipo, ya que al faltar personal de un turno, el personal presente tiene que hacerse cargo de la tarea, y a veces en más de un turno.

En esta muy breve síntesis se quiere hacer notar no sólo la superposición de problemas de diferente tipo, sino también que la persistencia de malas condiciones de trabajo, la escasa jerarquía dada al tema, acompañada por la escasa autonomía para la gestión del trabajo, representan un conjunto de problemas que tiene una repercusión constante sobre la calidad de la atención en salud.

- **Elementos para una Agenda de Trabajo en la Región de las Américas, sobre condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud.**

Los resultados de esta investigación son preliminares y plantean claramente la necesidad de profundizar en el tema en el ámbito regional y aún en los países analizados, ya que en algunos casos no representan toda la problemática nacional y mucho menos la situación de todo el sector público y privado de la salud.

Es importante continuar profundizando el análisis del comportamiento y las tendencias en la Región de los procesos de desprecariación del contrato de trabajo, ya que pareciera que existe una tendencia general a su reducción; sin embargo, existen “nichos” de precarización en aquellos países que están optando por modelo privatistas de la salud enmascarados en procesos de terciarización.

En el caso de las condiciones de trabajo, pareciera que no existe una mejoría de éstas en el ámbito regional y, por el contrario, todo indica que tienden a aparecer nuevos problemas asociados a la relación con los usuarios, la inclusión de nuevas tecnologías y la aparición de nuevas problemáticas de salud como es el H1N1, entre otras.

Es importante la inclusión de la visión y perspectiva de todos los actores involucrados como son los gerentes de servicios y establecimientos de salud, las asociaciones profesionales, los sindicatos, la inclusión del enfoque de género y las autoridades políticas, quienes en definitiva son las responsables de la inclusión y orientación de estos procesos.

La envergadura de la tarea plantea la necesidad, aún a lo interno de la OPS de promover un trabajo coordinado y colaborativo entre las diversas unidades que atienden partes de esta problemática.

Por último, se hace necesario la búsqueda de “socios” estratégicos que aporten financiamiento y sus conocimientos sobre el tema, como otros institutos de investigación que estudian esta problemática, que pueden aportar metodologías e instrumentos así como experiencias en el desarrollo de programas de salud de los trabajadores de la salud, gestión del trabajo e iniciativas de protección social de los trabajadores de la salud.

REFERENCIAS

Avila, Ada (2010). "Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Brasil", preparado, NESCON/Universidad Federal de Minas Gerais.

Bach, S. (2003) "Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity", in Adams, O. (ed.) Towards a Global Health Workforce Strategy. Geneva/WHO.

Bach, S. (2000) "Tendencias de las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones sobre la gestión de recursos humanos", en Observatorio de los Recursos Humanos en salud, OPS/OMS, Quito.

Bach, S. (1998) "Restructuring and Privatization of Health Care Services: Selected Cases in Western Europe". In Ullrich, G. (ed) Labour and Social Dimensions of Privatization and Restructuring - Health Care Services. Geneva: ILO, 47-94.

Bachelet, Michelle (2011) "Piso de Protección Social para una globalización Equitativa e Inclusiva" OIT Santiago de Chile.

Bisang R., Novick M., Sztylwark, S y Yoguel G. (2005) "Las redes de producción y el empleo. Elementos básicos para la formulación de políticas públicas", en Casalet, M., Cimoli, M. y Yoguel, G. (Ed.) Redes, Jerarquías y Dinámicas Productivas. Experiencias en Europa y América Latina, OIT/FLACSO/ Miño y Dávila Editores, México DF.

Bloom, G; Xingyuan, G. (1997) "Health sector reform: lessons from China, Social Science Medicine", Vol. 45 N°3, pp 351-360.

Brito Quintana, Pedro (2002) Introducción en "El mundo del Trabajo, el ámbito de la salud", en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Año 8, N° 15.

Brito Quintana, P. (2000) "Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral" en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1/2).

Brito, P y Lip, Cesar y Lazo, O. (1990) "El trabajo médico en el Perú", Lima, OPS/OMS, facultad de Medina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Cherchiglia, M. (1999) "Terceirizacao nos servicios de saúde: Alguns Aspectos conceituales, legais e pragmáticos", en Lima, J. C., Santana, J.P., (orgs) Especificacao em desenvolvimento de Recursos humanos en saude, CADRHU, Natal OPS/OMS, p367-385.

CONASS (1999) "Situação de Vinculo do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde", Ministerio da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Brasil.

- Dedecca, C.S. et al (2005) "A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil". *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.123- 142, Março.
- De Gastines Clotilde (2010) «Europe : alerte sur la santé des médecins et des soignants », en METIS Correspondances Européennes du Travail.
http://www.metiseurope.eu/europe-alerte-sur-la-sant-des-m-decins-et-des-soignants_fr_70_art_28971.html
- Dejours, C. (1992A) "Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo". Credal-humanitas , Buenos Aires. (orig 1980).
- Di Martino, V. (2002), *La violencia en el lugar de trabajo en el sector de salud – Estudio de casos por países: Brasil, Bulgaria, Líbano, Portugal, Sudáfrica, Tailandia, con un Estudio sobre Australia : Informe de síntesis* ; Ginebra : Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP.
- Dussault, Giles; Rigoli, Felix (2002) "Dimensiones laborales de las reformas sectoriales en salud. Sus relaciones con eficiencia, equidad y calidad", en *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, Año 8, N° 15.
- Ermida Uriarte, Oscar (2001) "Trabajo decente y formación profesional", en Boletín de CINTERFOR N° 151, Montevideo, R.O.Uruguay.
- Estryn-Béhar, Madeleine y otros (2007) "The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses" en *Medical Care*, volume 45.
- Estryn Béhart y otros (2005) " Health and satisfaction of healthcare workers in France and Europe" en <http://www.prest-next.fr/pdf/brochureengl3.pdf>
- Galín, P. (2002), "Dependencia y Precarización Laboral: Los Profesionales de la Salud en Argentina", en *Rev. Latinoamericana de Estudios del Trabajo*. Año 8, n°15. Buenos Aires.
- Guelaud, F. et al., (1975) « Pour une analyse des conditions de travail ouvrier dans l'entreprise » , A. Colin, Paris.
- Lanari, María Estela (2005), "Trabajo decente: significados y alcances del concepto. Indicadores propuestos para su medición", en *Serie Estudios, Trabajo, Ocupación y Empleo*, N° 3, MTEySS.
- Laurell, Asa Cristina (2011) "Los Proyectos de Salud en América latina, dos visiones, dos prácticas". <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/03.pdf>
- Lengyel, M. y Novick, M. (2008) "El modelo social en Argentina: los desafíos y dilemas postcrisis", estudio presentado en IIEL-OIT en el mes de noviembre.
- Loewenberg,J.J (1996) "*Industrial relations effects of English care reforms on doctors*" en *International Journal of Health services*, Volumen 26, Number 4, pages 611-623.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977). "The Burnout Syndrome in the day care setting" *Child Care Quarterly*. N° 06. San Francisco.
- Maslach, C. (1976): "Burn-out" en *Human behavior*.

- Montenegro, Darío, Silva, María Alejandra (2003) "El Stress Profesional en los trabajadores de la salud: sus implicancias". XVIII Congreso Nacional de Medicina General y del Equipo de Salud. El Bolson, Rio Negro, 13 al 17 de Noviembre.
- Novick, M; Rosales, C. (2006) "Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015". OPS.
- Novick, M. y Galín P, (2003) "Flexibilización del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud" en Representación OPS/OMS la Argentina: "Observatorio de recursos humanos en salud en la Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones", 58, Buenos Aires.
- Novick, M; A. Catalano (1992) "Las relaciones laborales y la sociología del trabajo: a la búsqueda de una confluencia". En Revista Sociedad No. 1, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales UBA.
- Ocampo, J.M. (2005), Beyond Reforms: Structural, Dynamics and Macroeconomic Theory, Stanford, University Press.
- Ocampo, J.M. (2006) "La búsqueda de una nueva agenda de desarrollo para América latina", CEPAL, Santiago de Chile.
- OIT, (1999) "*Trabajo decente*". Memoria del Director General a la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.
- OPAS (2008) "Condiciones de Salud y Trabajo en el Sector Salud" Serie Nescon Informes Técnicos Nº 2, 38 p. Brasilia
- Rosales, Carlos, (2006) "Gestión de recursos Humanos en Salud: Situación y desafíos", Asesor regional AD/HSS/HR, presentación powerpoint.
- Pautassi, Laura C. (2001) "Equidad de género y calidad en el empleo: las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina", CEPAL, Santiago de Chile.
- Pines Ayala y Aronson Elliot (1989) Career Burnout: Causes and Cures.
- Pines, A. y Maslach, C. (1980) Combatting of staff burnout in a day car center: A case study.
- Rigoli, F. (1999) "La economía política de los Recursos Humanos", Montevideo. R.O. del Uruguay.
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2008) "A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações", Editora do Ministério da Saúde, Brasília, disponível em www.saude.gov.br/bvs
- Tomasina F. (2001) "La salud ocupacional. Una visión crítica", Psicología y organización del trabajo II, Editorial Psicolibros [Facultad de psicología]. Montevideo. R.O. del Uruguay
- Tomasina F. (2002) "Trabajo precario, desocupación y salud". Psicología y organización del trabajo III. Editorial Psicolibros;[Facultad de psicología]. Montevideo. R.O. del Uruguay
- Triomphe, Claude Emmanuel (2010) "Santé: les grands enjeux des mutations actuelles"; en METIS Correspondances Européennes du Travail. http://www.metiseurope.eu/sant-les-grands-enjeux-des-mutations-actuelles_fr_70_art_28970.html.

Thébaud-Mony, A.; Druck, G. (2007) "Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: FRANCO, T.; DRUCK, G. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo Editorial, p. 23-58.

Universidad de Chile (1996) "Mercado de trabajo en el sector salud en Chile" . Informe final.

Wainerman C, Binstock G., (1993) "Ocupación y género. Mujeres y varones en Enfermería", en Cuadernos del CENEP. UNICEF 48. Buenos Aires.

Wisner, Alain, et al., (1976) "L'Aménagement des conditions du travail par équipes successive. Le Travail Posté", Ministère du travail. Paris, Francia.

ANEXOS

**Cuadro N° A1:
Tamaño de las unidades de salud estudiadas**

Países	Unidades	Número de camas	Número de consultas externas. (Promedio diarias)	Total de personal
Argentina	I	475	1530	2246
	II	324	1350	2034
		799	2880	4280
Brasil	I	409	850	2400
	II	264	670	1803
		673	1520	4203
Costa Rica	I	234	352	1151
	II	314	2500	2000
		548	2852	3151
Perú	I	117	232	415
	II	242	921	1388
		359	1153	1803

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica, y Perú (2010).

Tal como puede observarse, las unidades seleccionadas fueron semejantes en términos del tamaño relativo a cada país, así como el número de entrevistas y/o encuestas realizadas. Salvo en el caso de Argentina, las unidades seleccionadas correspondieron a distintos lugares del país: una unidad corresponde a la ciudad capital y otra al interior del país o a otro Estado importante (como fue el caso de Brasil). Por supuesto que se observaron diferencias tanto en términos de la gestión de riesgos para el personal de salud, como en la identificación de algunas problemáticas específicas (en particular, violencia), pero no puede decirse que las diferencias sean tan significativas como para que merezcan un estudio separado por unidad (que fue realizado en el Informe AR CNT900027005 de agosto 2010), ya que hay mayor semejanza en los riesgos y en las percepciones de los mismos, que diferencias.

Cuadro N° A2:
Densidad y desempeño por unidad de atención

Países	U	N° de camas	Consultas externas. Promedio diarias.	Total de personal	Densidad	Desempeño
Argentina	I	475	1530	2246	4,73	1,47
	II	324	1350	2034	6,28	1,51
Brasil	I	409	850	2400	5,87	2,82
	II	264	670	1803	6,83	2,69
Costa Rica	I	234	352	1151	4,92	3,27
	II	314	2500	2000	6,37	0,80
Perú	I	117	232	415	3,55	1,79
	II	242	921	1388	5,74	1,51

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica, y Perú (2010).

Cuadro N° A3:
Densidad y desempeño por país

Países	N° de camas	Consultas externas (promedio diarias)	Total médicos y enfermeras	Densidad	Desempeño
Argentina	799	2.880	2.780	3,48	0,97
Brasil	673	1.520	2.629	2,27	1,00
Costa Rica	548	2.852	1.111	2,03	0,39
Perú	359	1.153	733	2,04	0,64

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica, y Perú (2010).

	Argentina		Brasil		Costa Rica		Perú									
	Enfer- meras	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfer- meras	Médicos	Enfermeras	Médicos								
24. Cada vez me irritan más los contratiempos en el trabajo.	57%	40%	66%	34%	53%	45%	55%	45%	28%	72%	43%	56%	12%	85%	30%	70%
25. Creo que mi trabajo no es reconocido ni por los pacientes ni por los jefes.	60%	36%	37%	63%	50%	49%	32%	67%	47%	52%	37%	63%	28%	70%	13%	85%
26. Siento que mis colegas han desarrollado una actitud fría y distante en el trato con los pacientes.	52%	44%	41%	59%	39%	57%	35%	64%	41%	59%	41%	58%	10%	82%	8%	88%
27. En mi área de trabajo se percibe un fuerte descorazonamiento, una fuerte desmotivación acerca de la importancia de nuestras intervenciones.	60%	39%	50%	50%	55%	41%	41%	56%	41%	59%	38%	62%	7%	92%	8%	92%
28. Es mucha la presión laboral que se soporta para tener tan poco reconocimiento.	77%	19%	67%	33%	74%	25%	56%	43%	66%	34%	59%	41%	82%	15%	72%	27%
29. Estoy un poco desilusionado respecto a los logros que puedo esperar de mi trabajo.	58%	39%	50%	48%	62%	36%	49%	51%	42%	58%	42%	58%	17%	78%	12%	88%
30. Mis colegas afirman que se sienten sobrepasados por las situaciones profesionales que tienen que enfrentar.	76%	23%	69%	31%	67%	30%	59%	38%	52%	48%	62%	37%	13%	85%	17%	83%
31. La alta rotación de profesionales no permite que se acumule experiencia en el área.	35%	57%	28%	70%	27%	71%	22%	74%	37%	62%	21%	79%	68%	22%	63%	37%
32. Los niveles salariales que ofrece el establecimiento son razonables para personas de mi currículum y experiencia.**	13%	82%	15%	85%	45%	54%	33%	67%	49%	51%	39%	60%	13%	85%	10%	87%
33. Las relaciones interpersonales entre colegas, jefes y personal presentan baja conflictividad en el área donde trabajo.	53%	46%	51%	47%	57%	41%	61%	37%	64%	36%	50%	50%	87%	13%	77%	23%
34. Durante el trabajo suelo olvidarme de los problemas de salud que puedo tener.	75%	23%	59%	39%	57%	38%	61%	35%	61%	37%	66%	32%	97%	2%	88%	10%
35. El establecimiento ha generado un buen sistema de reconocimiento profesional: distinciones, premios, otros.	9%	90%	12%	87%	10%	88%	12%	88%	21%	78%	21%	79%	12%	87%	13%	85%
36. El sistema de guardias que tiene el establecimiento es nocivo para la salud de los profesionales.	64%	29%	75%	20%	51%	46%	57%	41%	47%	49%	67%	32%	20%	80%	12%	87%
37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.	61%	35%	66%	33%	60%	37%	55%	43%	54%	43%	61%	38%	25%	72%	18%	82%

**Cuadro N° A5:
Índices elaborados con base en la pregunta 4.3 del cuestionario autoadministrado**

Índice	Argentina				Brasil				Costa Rica				Perú			
	Enfermeras		Médicos		Enfermeras		Médicos		Enfermeras		Médicos		Enfermeras		Médicos	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Polivalencia de tareas	61%	34%	79%	20%	82%	12%	78%	21%	96%	3%	92%	8%	80%	18%	85%	15%
Tiempo de trabajo, Ritmo de trabajo, carga de trabajo y complejidad de las tareas.	58%	37%	60%	39%	72%	26%	64%	34%	72%	27%	69%	31%	62%	35%	46%	51%
Carga Física	62%	34%	57%	42%	73%	25%	61%	38%	67%	32%	59%	40%	45%	52%	28%	72%
Carga emocional stress	70%	27%	72%	27%	73%	24%	71%	28%	69%	30%	69%	30%	54%	44%	52%	47%
Carga por organización del Trabajo: Formas de Jefatura y otros	54%	40%	53%	46%	63%	35%	56%	42%	60%	39%	61%	38%	54%	43%	53%	46%
Rutina y Autonomía	65%	31%	58%	41%	61%	35%	62%	37%	66%	33%	59%	41%	47%	49%	57%	43%
Desarrollo de Habilidades Profesionales y aprendizaje contrarresta BURNOUT	88%	9%	89%	11%	90%	7%	91%	8%	95%	4%	94%	6%	98%	1%	98%	1%
BURNOUT	55%	41%	59%	41%	54%	45%	52%	47%	43%	56%	56%	44%	11%	87%	12%	88%
BURNOUT Despersonalización, cinismo	57%	38%	48%	52%	45%	53%	43%	57%	43%	56%	38%	61%	40%	53%	43%	53%
BURNOUT Irritabilidad, cambios de carácter	57%	40%	66%	34%	53%	45%	55%	45%	28%	72%	43%	56%	12%	85%	30%	70%
BURNOUT falta de reconocimiento	69%	27%	60%	40%	60%	39%	51%	48%	51%	48%	49%	50%	53%	44%	46%	53%
BURNOUT desaliento	60%	39%	50%	50%	55%	41%	41%	56%	41%	59%	38%	62%	7%	92%	8%	92%
Reconocimiento y Satisfacción	34%	64%	34%	65%	43%	55%	39%	60%	54%	45%	47%	53%	41%	57%	39%	59%
Relaciones interpersonales	34%	64%	29%	69%	28%	68%	30%	69%	40%	59%	29%	69%	26%	72%	23%	77%
SALUD	57%	39%	54%	44%	51%	46%	48%	50%	44%	54%	52%	47%	23%	74%	14%	84%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica, y Perú (2010).
A. Muy de acuerdo más B. En desacuerdo más

**Cuadro N° A6:
Índice de salud (desagregado por cada uno de sus componentes)**

PAIS	Argentina		Brasil		Costa Rica		Perú	
	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer	muy de ac + de acuer
	ENF	MED	ENF	MED	ENF	MED	ENF	MED
III. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS								
36. El sistema de guardias que tiene el establecimiento es nocivo para la salud de los profesionales.	64%	75%	51%	57%	47%	67%	20%	12%
37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.	61%	66%	60%	55%	54%	61%	25%	18%
44. Durante el trabajo se me agudizan ciertos los malestares físicos.	56%	41%	59%	49%	45%	46%	33%	27%
Ítems específicos de condiciones laborales	60,22%	60,43%	56,67%	53,74%	48,85%	57,83%	26,11%	18,89%
46. Creo que el estado de salud profesional de mis colegas está.....	muy afec + afec	muy afec + afec	muy afec + afec	muy afec + afec	muy afec + afec	muy afec + afec	muy afec + afec	muy afec + afec
	61%	54%	50%	50%	48%	53%	23%	7%
47. Creo que mi estado de salud profesional está.....	44%	37%	35%	31%	26%	32%	15%	7%
Ítems específicos de salud	52,42%	45,12%	42,50%	40,31%	37,07%	42,31%	19,17%	6,67%
SALUD	57,10%	54,31%	51,00%	48,37%	44,14%	51,62%	23,33%	14,00%

Fuente: Investigación: Condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica, y Perú (2010).

INDICADORES

(Método de cálculo, entrevista autoadministrada pregunta 4.3)

POLIVALENCIA DE TAREAS

1. Mi cargo exige que me desempeñe en tareas muy diversas.

TIEMPO DE TRABAJO, RITMO DE TRABAJO, CARGA DE TRABAJO Y COMPLEJIDAD DE LAS TAREAS

2. Mi cargo exige un ritmo muy rápido de trabajo.
3. Se me asignan demasiados pacientes para el tiempo de trabajo que disponemos para la atención.
4. Se me asignan demasiados pacientes considerando la complejidad de su diagnóstico, tratamiento, cuidado
37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.

CARGA FISICA

3. Se me asignan demasiados pacientes para el tiempo de trabajo que disponemos para la atención.
5. Mi trabajo requiere hacer muchos esfuerzos físicos durante la jornada.
21. Frecuentemente me siento muy cansado/a físicamente y/o mentalmente
37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.

CARGA EMOCIONAL STRESS

4. Se me asignan demasiados pacientes considerando la complejidad de su diagnóstico, tratamiento, cuidado
6. Mi trabajo requiere mucho equilibrio emocional.
7. En mi área de trabajo circulan, frecuentemente, órdenes contradictorias
8. Mi trabajo requiere mucha autonomía y criterio para la toma de decisiones
9. Mi trabajo exige una actualización permanente
21. Frecuentemente me siento muy cansado/a físicamente y/o mentalmente.
24. Cada vez me irritan más los contratiempos en el trabajo.
28. Es mucha la presión laboral que se soporta para tener tan poco reconocimiento.
37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.

CARGA POR ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO: FORMAS DE JEFATURA Y OTROS

3. Se me asignan demasiados pacientes para el tiempo de trabajo que disponemos para la atención.
4. Se me asignan demasiados pacientes considerando la complejidad de su diagnóstico, tratamiento, cuidado
7. En mi área de trabajo circulan, frecuentemente, órdenes contradictorias
8. Mi trabajo requiere mucha autonomía y criterio para la toma de decisiones
15. En mi trabajo sólo cuenta el criterio de los jefes
38. En situaciones difíciles de trabajo, he recibido el apoyo necesario de los jefes.
41. La dirección o el departamento de Recursos Humanos del establecimiento no prestan atención a las necesidades personales de los trabajadores.

RUTINA Y AUTONOMIA

- 8. Mi trabajo requiere mucha autonomía y criterio para la toma de decisiones
- 10. Mi trabajo es muy rutinario.
- 14. Mi trabajo es variado en relación con su contenido, procedimientos y tareas
- 15. En mi trabajo sólo cuenta el criterio de los jefes
- 19. En mi trabajo cuento con amplia autonomía para decidir cómo hacer las cosas

DESARROLLO DE HABILIDADES PROFESIONALES Y APRENDIZAJE CONTRARRESTA BURNOUT

- 9. Mi trabajo exige una actualización permanente
- 11. Mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades profesionales y técnicas
- 12. Mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades de comunicación.
- 13. Mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades relacionadas con el afecto, el optimismo, la atención y el cuidado.
- 17. Mi trabajo requiere que sea creativo
- 18. En este establecimiento se aprende mucho en todas las especialidades

BURNOUT

- 16. Me cuesta olvidarme de los problemas del trabajo cuando estoy en otros ambientes sociales.
- 20. Frecuentemente no puedo dormir bien a la noche por preocupaciones del trabajo.
- 21. Frecuentemente me siento muy cansado/a físicamente y/o mentalmente.
- 22. Los feriados y aún las vacaciones no me alcanzan para poder recuperarme del cansancio o pérdida de energía.
- 30. Mis colegas afirman que se sienten sobrepasados por las situaciones profesionales que tienen que enfrentar.

BURNOUT/DESPERSONALIZACION- CINISMO

- 23. Con el tiempo se toma mucha distancia emocional de los casos que se atienden.
- 26. Siento que mis colegas han desarrollado una actitud fría y distante en el trato con los pacientes.

BURNOUT/IRRITABILIDAD CAMBIOS DE CARÁCTER

- 24. Cada vez me irritan más los contratiempos en el trabajo.

BURNOUT/FALTA DE RECONOCIMIENTO

- 25. Creo que mi trabajo no es reconocido ni por los pacientes ni por los jefes.
- 28. Es mucha la presión laboral que se soporta para tener tan poco reconocimiento.
- 29. Estoy un poco desilusionado respecto a los logros que puedo esperar de mi trabajo.
- 32. Los niveles salariales que ofrece el establecimiento son razonables para personas de mi curriculum y experiencia.

BURNOUT/DESALIENTO

- 27. En mi área de trabajo se percibe un fuerte descorazonamiento, una fuerte desmotivación acerca de la importancia de nuestras intervenciones.

RECONOCIMIENTO Y SATISFACCION

- 32. Los niveles salariales que ofrece el establecimiento son razonables para personas de mi curriculum y experiencia.
- 35. El establecimiento ha generado un buen sistema de reconocimiento profesional: distinciones, premios, otros.
- 45. En términos globales siento una gran satisfacción con el trabajo que realizo en este establecimiento.

RELACIONES INTERPERSONALES

- 33. Las relaciones interpersonales entre colegas, jefes y personal presentan baja conflictividad en el área donde trabajo.
- 39. En mi área no se puede conversar con los colegas durante el trabajo.
- 42. En mi área de trabajo las relaciones humanas son difíciles.
- 43. Este establecimiento tiene un buen sistema de promociones y ascensos

SALUD

- 36. El sistema de guardias que tiene el establecimiento es nocivo para la salud de los profesionales.
- 37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.
- 44. Durante el trabajo se me agudizan ciertos los malestares físicos.
- 46. Creo que el estado de salud profesional de mis colegas está...muy afectada, afectada, etc.
- 47. Creo que mi estado de salud profesional está.....



FORMULARIOS APLICADOS

- Guía de entrevista a Directivos de la Institución.**
- Guía de entrevista a Directores médicos.**
- Guía de entrevista a Jefaturas de enfermería.**
- Guía de entrevista a profesionales: médicos y enfermeras.**
- Formulario autoadministrado.**

Guía de entrevista para directivos de instituciones de salud

Consigna: La organización panamericana de la salud está impulsando en cuatro países de la región una investigación para analizar las condiciones de empleo y trabajo del personal de salud. Le agradeceremos poder contar con su colaboración para relevar informaciones sobre las condiciones de empleo y trabajo del personal de salud de este establecimiento bajo el entendimiento de que se trata de un estudio estadístico en el cual se garantiza que los datos suministrados no serán difundidos más que en forma agregada y sin identificar el informante ni la institución.

Entrevista N°:

Datos generales

1. País

2. Nombre de la Institución:

3. Dirección:

4. Teléfono:

5. e-mail:.....@.....

6. Caracterización de la institución:

6.1 Por dependencia

6.1.1	Autónoma	
6.1.2	Dependiente del nivel provincial, regional , estadual	
6.1.3	Dependiente del Seguro Social, o similar	
6.1.4	Dependiente del Municipio o gobierno local,	
6.1.5	Dependiente del nivel nacional,	

6.2 Por el grado de complejidad:

6.2.1	Hospital nivel 1	
6.2.2	Hospital nivel 2	
6.2.3	Hospital nivel 3	

6.3 Por radio de atención

6.3.1	Local:	
6.3.2	Departamental o provincial	
6.3.3	Regional	
6.3.4	Nacional	

6.4 Por sus funciones (no excluyente)

6.4.1	Hospital general	
6.4.2	Monovalente (especificar)	
6.4.3	Docencia e Investigación	
6.4.4	Residencia de médicos	
6.4.5	Otros	

6.5 Por tamaño

6.5.1	Numero de camas:	
6.5.2	Numero de consultas externas promedio diarias	
6.5.3	Total del personal (propio, contratado, ad honorem, tercerizado)	

7. Régimen/es jurídico/s que regula/n al personal: (en caso que coexistan regímenes diferentes marcar porcentajes y categorías ocupacionales comprendidos en cada caso)

7.1	Sistema público de empleo (municipal/nacional)	
7.2	Sistema privado regulado por negociación colectiva	
7.3	Sistema público regulado por negociación colectiva	
7.4	Contratos de negociación individual	
7.5	Otros Cual?	

8. Estructura funcional (Organigrama):

8.1 Niveles de la organización: *Indicar niveles jerárquicos*

8.2 La conducción máxima de la institución es:

8.2.1	Unipersonal	
8.2.2	Colegiada	
8.2.3	Unipersonal con un Consejo directivo	

8.3. Direcciones o Servicios (señalar a quien reporta)



9. Dotación de personal distribuida por área de atención

		Profesionales médicos	Otros profesionales (incluye enfermería)	Técnicos	Otros (auxiliares, paramédicos, etc)
9.1	Consultorios Externos				
9.2	Internación				
9.3	Guardias (Emergencias)				
9.4	Alta complejidad				
9.5	Administración				
9.6	Otros				

10. Detalle de la estructura del plantel de este establecimiento?

	Cantidad Total	Sexo Masculino	Sexo Feme	Tipo de contratos utilizados (expresado en porcentajes)					
				Perma-nente	Tempo-rario/ contratado	Por presta-ción	Servicio Ter-cerizado	Residentes formación	Ad honorem/ concu-rrentes
Profesionales									
Médicos generalistas (clínicos, de familia, etc.)									
Médicos especialistas Señalar especialidades, por ej: Pediatria Oncología Cirugía General Cardiología, etc									
Personal de guardia (cuando es exclusivo para este servicio)									
Odontólogos									
Farmacéuticos									
Biólogos									

	Cantidad Total	Sexo Masculino	Sexo Feme	Tipo de contratos utilizados (expresado en porcentajes)					
				Perma-nente	Tempo-rario/ contratado	Por presta-ción	Servicio Tercerizado	Residentes formación	Ad honorem/ concu-rrentes
Psicólogos									
Nutricionistas Kinesiólogos									
Otros profesionales de la salud									
Técnicos de distinto tipo (radiólogos, laboratoristas, etc)									
Enfermeros/as									
Auxiliares paramédicos									
Personal de apoyo: (muca-mas, auxiliares)									
Personal de limpieza/ ropería									
Personal de mantenimiento:									
Personal de cocina:									
Personal de seguridad									
Administrativos									
Otros									
TOTALES									

11 Subcontratación

11.1 La institución subcontrata algún servicio?

SI ir a 11.2 NO ir a 12

11.2 Señalar cual?

1	Mantenimiento	
2	Algún servicio médico/ profesional Cual?	
3	Seguridad	
4	Comedor	
5	Servicio de ambulancias	
6	Limpieza	
7	Otros	

12. Gestión de RRHH

12.1 ¿La Dirección del Hospital tiene autonomía en la toma de decisiones en materia de gestión de personal u obedece a un sistema normativo de carácter general (para el sector salud, para los efectores de esa región, para el personal público)?

AUTONOMIA TOTAL ir a 13 PARCIAL ir a 12.1.2

NO TIENE AUTONOMIA No tiene autonomía porque responde a regulaciones generales

12.1.2 Tienen autonomía parcial (identificar las áreas de autonomía)

1	Incorporación de personal	
2	Sistema de salarios y remuneraciones	
3	Premios y reconocimientos monetarios y no monetarios	
4	Reorganización del tiempo de trabajo, redefinición de turnos y descansos	
5	Sanciones disciplinarias	
6	Reasignación de personal	
7	Tercerización de servicios	
8	Modalidades de contratación de personal	
9	Introducción de mejoras en las condiciones de trabajo	
10	Otros detallar	

13. Realizan actividades institucionales de capacitación de manera sistemática?

SI ir a 13.1 NO ir a 14

13.1 ¿Qué tipo de capacitación?

		Técnicas/de especialidad	Gestión/ Administración de recursos	Calidad de servicio	Condiciones de trabajo y salud ocupacional	Sistemas de Prácticas
13.1.1	Médicos					
13.1.2	Enfermera/os					
13.1.3	Otros profesionales					
13.1.4	Técnico/as					
13.1.5	Otros (señalar cual)					

14. Temas referidos a Higiene y Seguridad

14.1 La institución tiene algún área responsable de Higiene y Seguridad en la Institución?

SI NO

15. ¿Cuáles son los accidentes más frecuentes?

15.1	Pinchazos	
15.2	Caídas	
15.3	Contacto con vectores de riesgo	
15.4	Accidentes de tránsito	
15.5	Lesiones osteomusculares agudas	
15.6	Otras Cual?	
15.7	No sabe	

16. ¿Cuáles son las enfermedades profesionales que han sido identificadas?

16.1	Problemas osteo/musculares, lumbalgias, etc	
16.2	Enfermedades infecciosas provenientes de contagio	
16.3	Problemas cardíacos por sobrecarga de trabajo	
16.4	Stress, agotamiento físico y mental	
16.5	Adicciones (fármacos, alcohol, tabaquismo, desórdenes alimenticios)	
16.7	Otras Cual?	
16.8	No sabe	

17. Se lleva algún tipo de registro en materia de enfermedades profesionales?

SI ir a 18 NO ir a 18 NO SABE ir a 18

18. Existe algún registro de incidentes o accidentes en materia de higiene y seguridad?

SI ir a 18.1 NO ir a 20 NO SABE ir a 20

18.1 Se registran en todas las áreas y para todas las categorías ocupacionales

SI ir a 19 NO ir a 18.2

18.2 ¿En cuales áreas y categorías se registran?

19. ¿Qué tipo de registro se realiza?

19.1	Registro sólo de accidentes	
19.2	Registro sólo de enfermedades vinculadas con el trabajo	
19.3	Registro sólo de incidentes	
19.4	Registro de incidentes, accidentes y enfermedades vinculadas con el trabajo	

20. ¿Funciona en la institución un Comité de Higiene y Seguridad u organismo similar?

SI Ir a 21.1 NO Ir a 22

21.1 ¿Cuándo fue creado?. Fecha:/...../.....

1.2 ¿Cuál fue el motivo de la creación?

21.2.1	Normas generales del sector público de salud	
21.2.2	Por iniciativa de un grupo de trabajadores/sindicato	
21.2.3	Después de un accidente/enfermedad	
21.2.4	Por decisión de la Dirección de la institución	
21.2.5	Otro ¿Cual?	

21.3 ¿Quiénes lo integran?

21.3.1	Representantes de la dirección	
21.3.2	Representantes del cuerpo médico	
21.3.3	Representantes del área de enfermería	
21.3.4	Representantes de áreas técnicas y de apoyo	
21.3.5	Representantes de áreas de guardia/emergencias	
21.3.6	Representantes de unidades especiales	
21.3.7	Representantes de personal administrativo	
21.3.8	Representantes sindicales	
21.3.9	Otros(especificar)	

21.4 Total de miembros:

21.5 Con qué frecuencia se reúne?

21.5.1	Semanalmente	
21.5.2	Cada 15 días	
21.5.3	Mensualmente	
21.5.4	No tiene periodicidad fija	

22. En su opinión ¿Cuáles son los principales riesgos para el personal de salud en esta institución?

22.1.1	Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos		
22.1.2		HIV/Hepatitis B		
22.2.1.1	Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	
22.2.1.2			Iluminación	
22.2.1.3			Vibraciones	
22.2.1.4			Radiaciones	
22.2.1.5			Electricidad	
22.2.1.6			Temperatura ambiente	
22.2.1.7			Ventilación	
22.2.2.1		Químicos	Polvos	
22.2.2.2			Humos	
22.2.2.3			Vapores	
22.2.2.1		Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	
22.2.2.2			Diseño ambiental	
22.2.2.3			Salidas de emergencia/ evacuación	
22.2.2.4			Fuentes de calor no protegidas	
22.3.1	Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados		
22.3.2		Intensidad de trabajo por ausencias de personal		
22.3.3		Falta de herramental adecuado para la atención		
22.3.4		Limitaciones de espacio		
22.3.5		Mala organización del trabajo		
22.3.6		Jornadas extensas de trabajo		
22.3.7		Jerarquías sin legitimidad		
22.3.8		Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)		
22.3.9		Mal clima organizacional		
22.3.10		Exceso de controles		
22.3.11		Falta de controles		
22.3.12		Otros Cual?		
22.4.1	Violencia en el trabajo	Por parte de los pacientes		
22.4.2		Por parte de los colegas		
22.4.3		Por parte de la jerarquía		
22.4.4		Acoso sexual		
22.4.5		Acoso laboral		

23. ¿Cuáles han sido las medidas de prevención o de corrección de estos riesgos?

23.1	Campañas de sensibilización	
23.2	Campañas de comunicación	
23.3	Compras de equipamiento de protección	
23.4	Cambios en la organización del trabajo o en la dinámica del equipo de trabajo	
23.5	Identificación de riesgos en sectores específicos y campañas ad hoc	
23.6	Formación de brigadistas, agentes especializados en asegurar actitudes preventivas	
23.7.1	Campañas específicas	Manejo de agujas
23.7.2		Manejo de residuos patológicos
23.8	Otros	

24. Podría seleccionar la estrategia (acción, plan, programa, etc) de prevención de riesgos y /o accidentes más importante llevada a cabo durante 2007-2008 (seleccionar una acción/ campaña/ programa vinculada con la temática de seguridad realizada en la institución)

24.1 Denominación de la actividad realizada:.....

24.2 Sectores implicados en la actividad seleccionada:

24.2.1	Todo el establecimiento	
24.2.2	Las áreas/departamento de.....	

24.3 Agentes involucrados:

24.3.1	Personal médico	
24.3.2	Personal profesional no médico	
24.3.3	Personal de enfermería profesional	
24.3.4	Personal auxiliar de enfermería	
24.3.5	Personal paramédico	
24.3.6	Personal técnico y/o de apoyo	
24.3.7	Personal de Emergencias	
24.3.8	Personal administrativo	

24.4 Motivo de la acción:

24.4.1	Incidente o accidente ocurrido previamente	
24.4.2	Detección temprana del problema	
24.4.3	Campaña pública sobre el tema	
24.4.4	Denuncia	
24.4.5	Insatisfacción del personal	
24.4.6	Otros	

24.5 Acciones llevadas a cabo

24.5.1	Sensibilización /difusión	
24.5.2	Señalización	
24.5.3	Capacitación	
24.5.4	Nuevo equipamiento	
24.5.5	Cambio/modificación de instalaciones	
24.5.6	Cambios en la organización del trabajo (Si señala esta opción, pasar a 24.6)	
24.5.7	Incorporación de nuevo personal	
24.5.8	Incorporación de personal con mayor calificación	
24.5.9	Elaboración de Manuales de procedimiento	
24.5.10	Otros ¿Cual?	

24.6 Cambios en la organización del trabajo

24.6.1	Mejoras en la integración del equipo de trabajo	
24.6.2	Cambios en la organización del tiempo de trabajo	
24.6.3	Mejor definición de tareas y funciones	
24.6.4	Otros Cual?	

24.7 Se hizo algún seguimiento de las medidas?

SI ir a 24.8 NO ir a 25

24.8 ¿Cuales?

24.8.1	Control de la puesta en práctica de la totalidad de las medidas previstas	
24.8.2	Análisis de la percepción de los trabajadores	
24.8.3	Registro estadístico de eventuales cambios en los resultados	
24.8.4	Efectos sobre el desempeño del personal	

25. Este establecimiento se propone certificar calidad en seguridad y condiciones de trabajo para el personal de salud?

SI TAL VEZ NO

26. Datos del Director del Hospital:

Nombre:

Cargo del entrevistado:.....

Antigüedad en el cargo

Antigüedad en el establecimiento

Edad:

Especialidad:.....

Lugar de estudios:.....

Máximo grado alcanzado:.....

Muchísimas gracias por su valiosa colaboración!

Guía de entrevista para directores médicos de las instituciones de salud

Consigna: La Organización Panamericana de la Salud está impulsando en cuatro países de la región una investigación para analizar las condiciones de empleo y trabajo del personal de salud. Nos interesa recabar informaciones sobre el estado de situación que encontramos dentro de este tema en hospitales públicos de la Ciudad deLe agradeceremos poder contar su colaboración para relevar informaciones sobre este establecimiento bajo el entendimiento de que se trata de un estudio estadístico en el cual se garantiza que los datos suministrados no serán difundidos más que en forma agregada y sin identificar el informante ni la institución.

Nº de entrevista

Datos generales:

1. País:

2. Nombre de la Institución:.....

3. Dirección:.....

4. Teléfono:.....

5. e-mail:.....@.....

6. Total del personal médico (propio, contratado, ad honorem, tercerizado):

6.1	Permanente	
6.2	Contratado temporariamente	
6.3	Ad honorem	
6.4	Por prestación /hora/	

7. Director médico (señalar a quien reporta)



8. Dotación de personal distribuida por área de atención

Director médico

		Médicos generalistas	Médicos especialistas	Residentes	Concurrentes/ Becarios
8.1	Consultorios Externos				
8.2	Internación				
8.3	Guardias (Emergencias)				
8.4	Alta complejidad				
8.5	Otros				

9. Gestión de RRHH

9.1 ¿La Dirección médica sobre que áreas tiene autonomía en la toma de decisiones en materia de gestión de personal para:

9.1	Incorporación de personal	
9.2	Premios y reconocimientos monetarios y no monetarios	
9.3	Reorganización del tiempo de trabajo, redefinición de turnos y descansos	
9.4	Sanciones disciplinarias	
9.5	Reasignación de personal	
9.6	Tercerización de servicios	
9.7	Introducción de mejoras en las condiciones de trabajo	
9.8	Otros detallar	

10. Realizan actividades departamentales de capacitación de manera sistemática?

SI ir a 10.1 NO ir a 11

10.1 ¿Cuáles?

		Técnicas/de especialidad	Gestión/ Administración de recursos	Calidad de servicio	Condiciones de trabajo y salud ocupacional	Sistemas de Prácticas
10.1.1	Médicos					
10.1.2	Enfermera/os					
10.1.3	Otros profesionales (cuales)					
10.1.4	Técnico/as					
10.1.5	Otros (señalar cual?)					

11. Temas referidos a Higiene y Seguridad

11.1 ¿Cuáles son los accidentes más frecuentes en el Departamento /área a su cargo?

11.1.1	Heridas cortantes (Pinchaduras por agujas u hojas de bisturí)	
11.1.2	Caídas	
11.1.3	Contacto con vectores de riesgo	
11.1.4	Accidentes de tránsito	
11.1.5	Lesiones osteomusculares agudas	
11.1.6	Otras Cual?	

11.2 ¿Cuáles son las enfermedades profesionales en el Departamento /área a su cargo que han sido identificadas?

11.2.1	Problemas osteo/musculares, Lumbalgias, etc	
11.2.2	Enfermedades infecciosas provenientes de contagio	
11.2.3	Problemas cardíacos por sobrecarga de trabajo	
11.2.4	Stress, agotamiento físico y mental	
11.2.5	Adicciones (fármacos, alcohol, tabaquismo, desórdenes alimenticios)	
11.2.6	Otras Cual?	

11.3 ¿Se lleva algún tipo de registro en la materia?

SI ir a 11.4 NO ir a 12

11.4 ¿Existe algún registro de incidentes o accidentes en materia de higiene y seguridad en el Departamento /área a su cargo?

SI ir a 11.4.1 NO ir a 12

11.4.1 ¿Se registran en todas las áreas y para todas las categorías ocupacionales?

SI ir a 12 NO ir a 11.4.2

11.4.2 ¿En cuales áreas y categorías se registran?

12. En su opinión ¿Cuáles son los principales riesgos para el personal de salud en el Departamento /área a su cargo?

12.1.1	Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos		
12.1.2		HIV/Hepatitis B		
12.2.1.1	Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	
12.2.1.2			Iluminación	
12.2.1.3			Vibraciones	
12.2.1.4			Radiaciones	
12.2.1.5			Electricidad	
12.2.1.6			Temperatura ambiente	
12.2.1.7			Ventilación	
12.2.2.1		Químicos	Polvos	
12.2.2.2			Humos	
12.2.2.3			Vapores	
12.2.3.1		Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	
12.2.3.2			Diseño ambiental	
12.2.3.3			Salidas de emergencia/ evacuación	
12.2.3.4			Fuentes de calor no protegidas	
12.3.1	Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados		
12.3.2		Intensidad de trabajo por ausencias de personal		
12.3.3		Falta de herramental adecuado para la atención		
12.3.4		Limitaciones de espacio		
12.3.5		Mala organización del trabajo		
12.3.6		Jornadas extensas de trabajo		
12.3.7		Jerarquías sin legitimidad		
12.3.8		Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)		
12.3.9		Mal clima organizacional		
12.3.10		Exceso de controles		
12.3.11		Falta de controles		
12.3.12		Otros Cual?		
12.4.1	Violencia en el trabajo	Por parte de los pacientes		
12.4.2		Por parte de los colegas		
12.4.3		Por parte de la jerarquía		
12.4.4		Acoso sexual		
12.4.5		Acoso laboral		

12.5 Se implementó algún tipo de medida de prevención o de corrección de estos riesgos en el Departamento /área a su cargo?

SI ir a 12.6 NO ir a 13

12.6 ¿Cuales?

12.6.1	Campañas de sensibilización	
12.6.2	Campañas de comunicación	
12.6.3	Compras de equipamiento de protección	
12.6.4	Cambios en la organización del trabajo o en la dinámica del equipo de trabajo	
12.6.5	Identificación de riesgos en sectores específicos y campañas ad hoc	
12.6.6	Formación de brigadistas, agentes especializados en asegurar actitudes preventivas	
12.6.7.1	Campañas específicas	Manejo de agujas
12.6.7.2		Manejo de residuos patológicos
12.6.8	Otros	

13. Podría seleccionar **la estrategia (acción, plan, programa, etc) de prevención de riesgos y/o accidentes más importante llevada a cabo durante 2007-2008** (seleccionar una acción/campaña/ programa vinculada con la temática de seguridad realizada en la institución)

13.1. Denominación de la actividad realizada:

.....

13.2 Sectores implicados en la actividad seleccionada :

13.2.1	Todo el Departamento /área a su cargo	
13.2.2	Algún área en particular (señalar cual)	

13.3 Motivo de la acción:

13.3.1	Incidente o accidente ocurrido previamente	
13.3.2	Detección temprana del problema	
13.3.3	Campaña pública sobre el tema	
13.3.4	Denuncia	
13.3.5	Insatisfacción del personal	
13.3.6	Otros	

13.4 Acciones llevadas a cabo

13.4.1	Sensibilización /difusión	
13.4.2	Señalización	
13.4.3	Capacitación	
13.4.4	Nuevo equipamiento	
13.4.5	Cambio/modificación de instalaciones	
13.4.6	Cambios en la organización del trabajo (Si señala esta opción, pasar a 13.5)	
13.4.7	Incorporación de nuevo personal	
13.4.8	Incorporación de personal con mayor calificación	
13.4.9	Elaboración de Manuales de procedimiento	
13.4.10	Otros Cual?	

13.5 Cambios en la organización del trabajo

13.5.1	Mejoras en la integración del equipo de trabajo	
13.5.2	Cambios en la organización del tiempo de trabajo	
13.5.3	Mejor definición de tareas y funciones	
13.5.4	Otros Cual?	

13.6 Se hizo algún seguimiento de las medidas?

SI ir a 13.7 NO ir a 14

13.7 ¿Cuales?

13.7.1	Control de la puesta en práctica de la totalidad de las medidas previstas	
13.7.2	Análisis de la percepción de los trabajadores	
13.7.3	Registro estadístico de eventuales cambios en los resultados	
13.7.4	Efectos sobre el desempeño del personal	

14 Datos del Director médico

14.1 Nombre:

14.2 Cargo del entrevistado:.....

14.3 Edad:

14.4 Especialidad:

14.5 Institución donde realizó sus estudios (nombre, lugar fecha de ingreso-egreso)

.....

14.6 Máximo nivel alcanzado y fecha:

14.7 Antigüedad en el cargo:

Guía de entrevista para jefaturas de enfermería de las instituciones de salud

Consigna: La Organización Panamericana de la Salud está impulsando en cuatro países de la región una investigación para analizar las condiciones de empleo y trabajo del personal de salud. Nos interesa recabar informaciones sobre el estado de situación que encontramos dentro de este tema en hospitales públicos de la Ciudad deLe agradeceremos poder contar su colaboración para relevar informaciones sobre este establecimiento bajo el entendimiento de que se trata de un estudio estadístico en el cual se garantiza que los datos suministrados no serán difundidos más que en forma agregada y sin identificar el informante ni la institución.

Nº de entrevista

Datos generales:

1. País:

2. Nombre de la Institución:.....

3. Dirección:.....

4. Teléfono:.....

5. e-mail:.....@.....

6. Total del personal médico (propio, contratado, ad honorem, tercerizado):

6.1	Permanente	
6.2	Contratado temporariamente	
6.3	Ad honorem	
6.4	Por prestación /hora/	

7. Jefatura de enfermería (señalar a quien reporta)



8. Dotación de personal distribuida por área de atención

Jefatura de enfermería

		Enfermeras profesionales	Auxiliares	Prácticas rentadas	Personal de fin de semana
8.1	Consultorios Externos				
8.2	Internación				
8.3	Guardias (Emergencias)				
8.4	Alta complejidad				
8.5	Otros				

9. **Gestión de RRHH**

9. ¿La Jefatura de Enfermería sobre que áreas tiene autonomía en la toma de decisiones en materia de gestión de personal para:

9.1.	Incorporación de personal	
9.2	Premios y reconocimientos monetarios y no monetarios	
9.3	Reorganización del tiempo de trabajo, redefinición de turnos y descansos	
9.4	Sanciones disciplinarias	
9.5	Reasignación de personal	
9.6	Tercerización de servicios	
9.7	Introducción de mejoras en las condiciones de trabajo	
9.8	Otros detallar	

10. Realizan actividades departamentales de capacitación de manera sistemática?

SI ir a 10.1 NO ir a 11

10.1 ¿Cuáles?

		Técnicas/de especialidad	Gestión/Administración de recursos	Calidad de servicio	Condiciones de trabajo y salud ocupacional	Sistemas de Prácticas
10.1.1	Enfermera/os					
10.1.2	Otros profesionales (cuales)					
10.1.3	Técnico/as					
10.1.4	Otros (señalar cuál?)					

11. Temas referidos a Higiene y Seguridad

11.1 Cuáles son los accidentes más frecuentes en el Departamento /área a su cargo?

11.1.1	Heridas cortantes (Pinchaduras por agujas u hojas de bisturí)	
11.1.2	Caídas	
11.1.3	Contacto con vectores de riesgo	
11.1.4	Accidentes de tránsito	
11.1.5	Lesiones osteomusculares agudas	
11.1.6	Otras ¿Cual?	

11.2 ¿Cuáles son las enfermedades profesionales en el Departamento /área a su cargo que han sido identificadas?

11.2.1	Problemas osteo/musculares, Lumbalgias, etc	
11.2.2	Enfermedades infecciosas provenientes de contagio	
11.2.3	Problemas cardíacos por sobrecarga de trabajo	
11.2.4	Stress, agotamiento físico y mental	
11.2.5	Adicciones (fármacos, alcohol, tabaquismo, desórdenes alimenticios)	
11.2.6	Otras Cual?	

11.3 ¿Se lleva algún tipo de registro en la materia?

SI ir a 11.4 NO ir a 12

11.4 ¿Existe algún registro de incidentes o accidentes en materia de higiene y seguridad en el Departamento /área a su cargo?

SI ir a 11.4.1 NO ir a 12

11.4.1 ¿Se registran en todas las áreas y para todas las categorías ocupacionales?

SI ir a 12 NO ir a 11.4.2

11.4.2 ¿En cuales áreas y categorías se registran?

.....

12 En su opinión ¿Cuáles son los principales riesgos para el personal de salud en el Departamento /área a su cargo?

12.1.1	Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos		
12.1.2		HIV/Hepatitis B		
12.2.1.1	Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	
12.2.1.2			Iluminación	
12.2.1.3			Vibraciones	
12.2.1.4			Radiaciones	
12.2.1.5			Electricidad	
12.2.1.6			Temperatura ambiente	
12.2.1.7			Ventilación	
12.2.2.1		Químicos	Polvos	
12.2.2.2			Humos	
12.2.2.3			Vapores	
12.2.3.1		Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	
12.2.3.2			Diseño ambiental	
12.2.3.3			Salidas de emergencia/ evacuación	
12.2.3.4			Fuentes de calor no protegidas	
12.3.1	Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados		
12.3.2		Intensidad de trabajo por ausencias de personal		
12.3.3		Falta de herramental adecuado para la atención		
12.3.4		Limitaciones de espacio		
12.3.5		Mala organización del trabajo		
12.3.6		Jornadas extensas de trabajo		
12.3.7		Jerarquías sin legitimidad		
12.3.8		Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)		
12.3.9		Mal clima organizacional		
12.3.10		Exceso de controles		
12.3.11		Falta de controles		
12.3.12		Otros Cual?		
12.4.1	Violencia en el trabajo	Por parte de los pacientes		
12.4.2		Por parte de los colegas		
12.4.3		Por parte de la jerarquía		
12.4.4		Acoso sexual		
12.4.5		Acoso laboral		

13. Se implementó algún tipo de medida de prevención o de corrección de estos riesgos en el Departamento /área a su cargo?

SI ir a 13.1 NO ir a 14

13.1 ¿Cuales?

13.1.1	Campañas de sensibilización		
13.1.2	Campañas de comunicación		
13.1.3	Compras de equipamiento de protección		
13.1.4	Cambios en la organización del trabajo o en la dinámica del equipo de trabajo		
13.1.5	Identificación de riesgos en sectores específicos y campañas ad hoc		
13.1.6	Formación de brigadistas, agentes especializados en asegurar actitudes preventivas		
13.1.7	Campañas específicas	Manejo de agujas	
13.1.8		Manejo de residuos patológicos	
13.1.9	Otros		

14. Podría seleccionar **la estrategia (acción, plan, programa, etc) de prevención de riesgos y/o accidentes más importante llevada a cabo durante 2007-2008** (seleccionar una acción/ campaña/ programa vinculada con la temática de seguridad realizada en la institución)

14.1. Denominación de la actividad realizada:

.....

14.2 Sectores implicados en la actividad seleccionada :

14.2.1	Todo el Departamento /área a su cargo	
14.2.2	Algún área en particular (señalar cual)	

14.3 Motivo de la acción:

14.3.1	Incidente o accidente ocurrido previamente	
14.3.2	Detección temprana del problema	
14.3.3	Campaña pública sobre el tema	
14.3.4	Denuncia	
14.3.5	Insatisfacción del personal	
14.3.6	Otros	

14.4 Acciones llevadas a cabo

14.4.1	Sensibilización /difusión	
14.4.2	Señalización	
14.4.3	Capacitación	
14.4.4	Nuevo equipamiento	
14.4.5	Cambio/modificación de instalaciones	
14.4.6	Cambios en la organización del trabajo (Si señala esta opción, pasar a 14.5)	
14.4.7	Incorporación de nuevo personal	
14.4.8	Incorporación de personal con mayor calificación	
14.4.9	Elaboración de Manuales de procedimiento	
14.4.10	Otros Cual?	

14.5 Cambios en la organización del trabajo

14.5.1	Mejoras en la integración del equipo de trabajo	
14.5.2	Cambios en la organización del tiempo de trabajo	
14.5.3	Mejor definición de tareas y funciones	
14.5.4	Otros Cual	

14.6 Se hizo algún seguimiento de las medidas?

SI ir a 14.7 NO ir a 15

14.7 ¿Cuáles?

14.7.1	Control de la puesta en práctica de la totalidad de las medidas previstas	
14.7.2	Análisis de la percepción de los trabajadores	
14.7.3	Registro estadístico de eventuales cambios en los resultados	
14.7.4	Efectos sobre el desempeño del personal	

15 Datos del Jefe de Enfermería

15.1 Nombre:

15.2 Cargo del entrevistado:

15.3 Edad:

15.4 Especialidad:

15.5 Institución donde realizó sus estudios:

15.6 Lugar:.....

15.7 Fecha de ingreso: 15.8 Fecha de egreso:

15.9 Máximo nivel alcanzado: 15.10 Fecha:

15.11 Antigüedad en el cargo:

Guía de entrevistas: profesionales médicos y enfermeras

Este estudio es impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. En el marco del mismo serán entrevistados directivos de unidades de salud, médicos a cargo de departamentos u áreas y profesionales de la salud que actúan en diversas especialidades. Su objetivo es relevar hechos y percepciones que los directivos y profesionales del área han detectado en sus unidades de trabajos en relación con los temas de condiciones de trabajo y salud ocupacional.

Ud ha sido seleccionado para responder este estudio. Le agradeceríamos que pudiera darnos 40 minutos para poder responder a las preguntas de este cuestionario. El cuestionario puede parecerle largo, pero sin duda con su colaboración sabremos más sobre las condiciones de trabajo en el sector salud.

Le recordamos que la encuesta tiene fines estadísticos. La identidad de los entrevistados, asociada a sus respuestas, no será revelada.

Nº de entrevista

País.....

1. RELACIÓN LABORAL CON EL ESTABLECIMIENTO

1.1 Establecimiento/Institución:.....

1.2 ¿En que año ingresó al establecimiento?

1.3 ¿En qué servicio/ departamento se desempeña?

1.3.1	Consultorios externos	
1.3.2	Internación	
1.3.3	Guardia	
1.3.4	Terapia intensiva	
1.3.5	Terapia intermedia	
1.3.6	Unidades de cuidados especiales	
1.3.7	Laboratorio	
1.3.8	Estudios por imágenes	
1.3.9	Servicio de Cirugía	
1.3.10	Otros (especificar).....	

1.4 ¿Cuál es el nombre del cargo que ud. ejerce?

.....

1.5 ¿Cuáles son las principales tareas o funciones que desempeña en el ejercicio de su cargo?

.....

1.6 ¿Tiene personal a cargo?

SI ir a 1.7 NO ir a 1.8

1.7 ¿Cuántas personas?.....

1.8 ¿Qué antigüedad tiene en su actual cargo?.....

1.9 ¿Qué modalidad de contrato tiene ud. en este establecimiento/ institución?

1.9.1 Permanente, por tiempo indeterminado (tiene descuentos jubilatorios, vacaciones pagas, aguinaldo)

1.9.2 Por tiempo determinado (se vence periódicamente y puede o no renovarse, y se le realizan descuentos por jubilación y goza de vacaciones pagas y aguinaldo)

1.9.3 Por tiempo determinado, ud presenta factura profesional

1.9.4 Por prestación, día de trabajo, guardia, ud presenta factura profesional

1.9.5 Como residente

1.9.6 No tiene contrato

1.9.7 Otro (especificar

1.10 ¿Cuánto hace que está contratado bajo esa modalidad?

Meses..... Años.....

1.11 ¿Qué turnos cumple en este establecimiento / institución .?

FIJOS ¿Cuál?

Diurno	
Vespertino	
Nocturno	
Guardia 24 horas	

ROTATIVOS ¿Cuál?

1.12 ¿La semana anterior a esta encuesta, cuántas horas por día le dedicó al ejercicio de su cargo en este establecimiento?

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horas							

1.13 Considerando un mes de actividades profesionales suyas: ¿En cuántos puestos de trabajo o cargos, contando el que desarrolla en esta institución o establecimiento, ud se desempeña?

(.....) Si más de uno ir a 1.14

Si sólo el cargo / puesto de trabajo del establecimiento ir a 1.17

1.14 Estos puestos de trabajo o cargos los desarrolla en:

1.14.1	Otras clínicas u hospitales	
1.14.2	Mi consultorio particular	
1.14.3	Domicilio de pacientes	
1.14.4	Guardias	
1.14.5	Actividades docentes	
1.14.6	Actividades de investigación	
1.14.7	Actividades administrativas	
1.14.8	Prestaciones profesionales eventuales	
1.14.9	Otros (especificar)	

1.15 Aparte del tipo de contrato que tiene con este establecimiento / institución. ¿Qué modalidad de contratación que tiene en el segundo puesto o cargo, por orden de importancia que ud desempeña?

1.15.1 Permanente, por tiempo indeterminado (tiene descuentos jubilatorios, vacaciones pagas, aguinaldo)

1.15.2 Por tiempo determinado (se vence periódicamente y puede o no renovarse, y se le realizan descuentos por jubilación y goza de vacaciones pagas y aguinaldo)

1.15.3 Por tiempo determinado, ud presenta factura profesional

1.15.4 Por prestación, día de trabajo, guardia, ud presenta factura profesional

1.15.5 Como residente

1.15.6 No tiene contrato

1.15.7 Otro (especificar)

1. HORAS TOTALES DE TRABAJO PROFESIONAL SEMANALES

1.16 ¿En cada una de sus ocupaciones, cuántas horas trabaja Ud. en una semana "estándar"? Por favor incluya las horas trabajadas en este establecimiento.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horas							

1.17 ¿Cómo ingresó ud en este establecimiento / institución?

1.Por concurso público	
2.Por antecedentes evaluados por la dirección del servicio	
3.Por antecedentes evaluados por el Dpto de Recursos Humanos	
4.Por amigos/conocidos	
5. Porque ingreso como docente	
6.Otros	

1.18 ¿Ud ha recibido por parte de la institución un ascenso o promoción en los últimos 5 años?

SI NO

2. FORMACIÓN PROFESIONAL Y CERTIFICACIONES

2.1 ¿Cuál es su título profesional de grado?

2.1.1 Medico/a:

Especialidad en medicina :.....

2.1.2 Enfermero/a

Auxiliar Enfermera Licenciada

2.2 ¿En que año se graduó?

2.3 ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este establecimiento?.....

2.4 ¿Realizo estudios de postgrado? SI ir a 2.5 NO ir a 2.12

2.5 ¿En qué país realizó el último estudio de postgrado/ especialización?

2.6 ¿En qué institución lo realizó/a?

Nombre

2.7 ¿Esa institución es privada o pública?

Privada Pública Ns Nc

2.8 ¿En qué fecha egresó de ese post-grado/ especialización?

Fecha:

En curso Abandoné

2.9 Denominación del título o certificado obtenido:

.....

2.10 ¿Este postgrado o especialización le otorgó un título habilitante?

SI NO

2.10.1 ¿Expedido por qué autoridad?

Autoridad:.....

2.11 ¿Realizó alguna residencia?

SI *ir a 2.11.1* NO *ir a 2.12*

2.11.1 ¿En qué especialidades?

2.11.2 ¿En qué institución?

2.11.3 ¿Esa institución era de carácter público o privado?

Público Privado Hospital de comunidad

2.11.4 ¿Recibió alguna certificación habilitante por haberse desempeñado en alguna institución (por ejemplo como residente, concurrente, etc)?

SI *Ir a 2.11.5* NO *Ir a 2.12*

1.1.5 ¿Cómo se denomina esta certificación obtenida?

.....

2.12 ¿Este establecimiento realiza actividades de capacitación?

SI *Ir a 2.12.1* NO *Ir a 3*

2.12.1 ¿Ud participó de alguna?

SI *Ir a 2.12.2* NO *Ir a 3*

2.12.2 ¿Cuál fue el tema de la última capacitación recibida?

.....

2.12.3 ¿Qué duración tuvo el curso? En horas

2.12.4 ¿Otorgaron algún certificado?

SI NO *Ir a 3*

1.1.5 ¿Cuál fue el nombre del certificado?

.....

2.12.6 ¿Es un certificado habilitante?

SI NO

3. CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

3.1 ¿Cómo caracterizaría, en términos generales, las condiciones de higiene y seguridad del Servicio donde se desempeña?

Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy Malo

3.2 En su opinión ¿Cuáles son los principales riesgos para el personal de salud en el Departamento /área a su cargo?

3.2.1.1	Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos		
3.2.1.2		HIV/Hepatitis B		
3.2.1.3		Otros especificar		
3.2.2.1.1	Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	
3.2.2.1.2			Iluminación	
3.2.2.1.3			Vibraciones	
3.2.2.1.4			Radiaciones	
3.2.2.1.5			Electricidad	
3.2.2.1.6			Temperatura ambiente	
3.2.2.1.7			Ventilación	
3.2.2.2.1		Químicos	Polvos	
3.2.2.2.2			Humos	
3.2.2.2.3			Vapores	
3.2.2.3.1		Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	
3.2.2.3.2			Diseño ambiental	
3.2.2.3.3			Salidas de emergencia/ evacuación	
3.2.2.3.4			Fuentes de calor no protegidas	
3.2.3.1	Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados		
3.2.3.2		Intensidad de trabajo por ausencias de personal		
3.2.3.3		Falta de herramienta adecuado para la atención		
3.2.3.4		Limitaciones de espacio		
3.2.3.5		Mala organización del trabajo		
3.2.3.6		Jornadas extensas de trabajo		
3.2.3.7		Jerarquías sin legitimidad		
3.2.3.8		Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)		
3.2.3.9		Mal clima organizacional		
3.2.3.10		Exceso de controles		
3.2.3.11		Falta de controles		
3.2.3.12		Otros Cual?		
3.2.4.1	Violencia en el trabajo	Por parte de los pacientes		
3.2.4.2		Por parte de los colegas		
3.2.4.3		Por parte de la jerarquía		
3.2.4.4		Acoso sexual		
3.2.4.5		Acoso laboral		
3.2.4.6		Por parte de otras áreas/servicio ¿Cuáles ?		

3.3 En su área de trabajo ¿se han producido algunas de estas situaciones o accidentes?

	SI	NO
Heridas cortantes (pinchaduras por agujas u hojas de bisturí)		
Caídas		
Contacto con vectores de riesgo		
Accidentes de tránsito		
Lesiones osteomusculares agudas		
Otras Cual/es?		

3.4 ¿Se lleva algún registro o estadística de estas situaciones o accidentes?

SI NO NO SABE

3.5 ¿Se han desarrollado medidas preventivas?

SI *ir a 3.6* NO *ir a 3.7*

3.6 ¿Qué medidas preventivas se han tomado?

1	Difusión	
2	Capacitación	
3	Carteles y señales	
4	Modificaciones en la forma de trabajar o en la organización del trabajo.	
5	Modificaciones ergonómicas	
6	Compra de instrumental o materiales cuyo diseño incluye aspectos de prevención de riesgos	
7	Otra.	

HIGIENE Y SEGURIDAD

3.7 ¿Tienen elementos personales seguridad? SI No No sabe

3.7.1 ¿Con que frecuencia los emplean y en que condiciones están?

	Siempre	A veces	Nunca	Están en buenas condiciones	
				SI	NO
1 Protección respiratoria					
2 Guardapolvo					
3 Guantes					
4 Lentes					
5 Gorro					

3.8 ¿En este establecimiento existe un área especializada en temas de higiene, seguridad, condiciones de trabajo, prevención de riesgos?

SI NO NO SABE

3.9 ¿Se ha constituido en este establecimiento un Comité de Condiciones de Trabajo o de Higiene y Seguridad?

SI *ir a 3.9.1* NO *ir a 3.10* NO SABE *ir a 3.10*

3.9.1 ¿Sabe qué autoridades del establecimiento lo integran?

SI NO *ir a 3.9.2* NO SABE *ir a 3.9.2*

Si sí

3.9.1.1	Director o representante del consejo de administración	
3.9.1.2	Jefaturas médicas	
3.9.1.3	Jefaturas de laboratorio	
3.9.1.4	Jefatura de Laboratorios	
3.9.1.5	Jefatura de estudios por imagen	
3.9.1.6	Jefatura de cuidados intensivos	
3.9.1.7	Jefatura de atención primaria	
3.9.1.7	Representantes de los colegios médicos	
3.9.1.8	Representantes de los colegios de enfermería	
3.9.1.9	Sindicatos de trabajadores de la salud	

3.9.2 ¿Conoce los temas en los que el Comité está trabajando?

SI *ir a 3.9.3* NO *ir a 3.10* NO SABE *ir a 3.10*

3.9.3 ¿Podría mencionar alguno?

.....

3.10 ¿Se ha realizado en los últimos tres años algún curso sobre prevención de riesgos o higiene, seguridad y condiciones de trabajo?

SI NO NO SABE

4. EVALUACIÓN DE SU AREA DE TRABAJO

Nos gustaría que ud evalúe su área de trabajo. Lea detenidamente cada frase y manifieste su valoración y cómo cree que esas condiciones favorables o desfavorables inciden, en su opinión, en el desempeño del personal de salud

I.-¿Cómo calificaría al ambiente de su área de trabajo en términos de riesgos....	CALIFICACIÓN			
	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO
1. ambientales físicos, químicos, biológicos, de diseño, de seguridad e higiene?	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
2. de sufrir cortes o pinchaduras (con bisturís, agujas)	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
3. de sufrir accidentes de tránsito en la búsqueda o traslado de pacientes.	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
4. de ser víctima del desborde emocional o violencia de los pacientes.	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
5. de estar sometidos a relaciones autoritarias, con escasos criterios profesionales, mal vínculo entre jefes y subordinados, etc.	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
6. de contaminación por el sistema implementado de recolección de ropa sucia y lavandería?	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
7.. de suministro de agua contaminada....	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
8. de contaminación ambiental por tratamiento inadecuado de las aguas residuales.	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
9. de molestias osteomusculares por inadecuación ergonómica del mobiliario de su área de trabajo es....	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
10. por falta de disponibilidad de equipos, instrumental, material descartable e insumos necesarios para las tareas....	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
11. por el mal estado de operatividad de los equipos e instrumental	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO
12. por el nivel de obsolescencia tecnológica de los equipos.	MUY ALTO	ALTO	BAJO	NULO

II. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS	GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS			
	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. En mi Servicio se nos asignan demasiados pacientes para su atención.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
2. En mi Servicio se requiere que hagamos muchos esfuerzos físicos durante la jornada.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
3. En mi Servicio se requiere tener mucho equilibrio emocional para tratar a los pacientes y sus dolencias.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
4. En mi área de trabajo circulan frecuentemente órdenes contradictorias	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
5. Mi trabajo tiene aspectos muy rutinarios	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
6. Mi trabajo requiere de un alto desarrollo de habilidades profesionales y técnicas	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
7. Mi trabajo requiere de un alto desarrollo de habilidades de comunicación.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

II. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS	GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS			
8. Mi trabajo requiere de un alto desarrollo de habilidades relacionadas con el afecto, el optimismo, la atención y el cuidado.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
9. Mi trabajo es variado en relación con su contenido, procedimientos y tareas	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
10. En mi trabajo sólo cuenta el criterio de los jefes	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
11. Me cuesta olvidarme de los problemas del trabajo cuando estoy en otros ambientes sociales.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
12. Mi trabajo requiere que sea creativo	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
13. En mi trabajo cuento con amplia autonomía para decidir cómo hacer las cosas	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
14. Frecuentemente no puedo dormir bien a la noche por preocupaciones del trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
15. Frecuentemente me siento muy cansado/a físicamente y/o mentalmente	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
16. Los feriados y aún las vacaciones no me alcanzan para poder recuperarme del cansancio o pérdida de energía	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
17. Con el tiempo he tomado mucha distancia emocional de los casos que atiendo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
18. Cada vez me irritan más los contratiempos en el trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
19. Creo que mi trabajo no es reconocido ni por los pacientes ni por los jefes.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
20. Siento que mis colegas han desarrollado una actitud fría y distante en el trato con los pacientes.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
21. Es mucha la presión laboral que se soporta para tener tan poco reconocimiento.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
22. Estoy un poco desilusionado respecto a los logros que puedo esperar de mi trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
23. Mis colegas afirman que se sienten sobrepasados por las situaciones profesionales que tienen que enfrentar.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
24. Las modalidades de contratación temporaria que existen en el hospital favorecen que las personas estén de tránsito y no se acumule experiencia en el área.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
25. Los niveles salariales que ofrece el hospital son razonables para personas de mi curriculum y experiencia.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
26. Las relaciones interpersonales entre colegas, jefes y personal a cargo presentan baja conflictividad en el área donde trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

II. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS	GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS			
27. El hospital tiene un buen sistema de promociones y ascensos.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
28. Los turnos de trabajo en el hospital son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
29. En situaciones difíciles de trabajo, he recibido el apoyo necesario de los jefes y supervisores	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
30. En mi área de trabajo las relaciones humanas son difíciles	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
31. El trabajo del Servicio me satisface profesionalmente.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

5. SALUD OCUPACIONAL

5.1 ¿Cómo valora su estado de salud en general?	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
---	-----------	-------	---------	------

5.2 ¿Padece alguna enfermedad?

SI ir a 5.3

NO ir a 5.4

NS ir a 5.4

5.3 ¿Cuál?

.....

1.4 ¿Cuáles de los siguientes medicamentos consume ud. regularmente?

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	SI	NO
5.4.1 Para dolores o inflamaciones		
5.4.2 Tranquilizantes o relajantes		
5.4.3 Antidepresivos		
5.4.4 Estimulantes		
5.4.5 Para molestias estomacales o intestinales		
5.4.6 Para la presión arterial		
5.4.7 Para la circulación		

5.5 ¿Algunas de los siguientes malestares o molestias son sentidos por ud en forma frecuente?
 ¿Ud relaciona estas molestias con sus condiciones de trabajo?

	SI	NO	Relacionadas con la condiciones de trabajo
5.5.1 Dolores de cabeza			
5.5.2 Problemas osteo/musculares lumbalgias			
5.5.3 Problemas de visión, audición			
5.5.4 Problemas cardiacos, circulatorios			
5.5.5 Alteraciones gastrointestinales			
5.5.6 Alergias			
5.5.7 Fatiga física, mental. stress			
5.5.8 Temores, fobias			
5.5.9 Irritabilidad frecuente			
5.5.10 Depresión			
5.5.11 Trastornos en el sueño			
5.5.12 Heridas frecuentes			
5.5.13 Adicciones (fármacos, alcohol, tabaquismo, desórdenes alimenticios)			
5.5.14 Otras Cual?			

5.6 ¿Cree ud. que padece alguna enfermedad relacionada con su actividad laboral?

SI ir a 5.6.1 NO ir a 6 NS ir a 6

5.6.1 ¿Cuál ha sido el diagnostico?.....

5.6.2 ¿Ha realizado consultas médicas al respecto?

SI NO

5.6.3 ¿Está realizando algún tratamiento?

SI NO

6. DATOS GENERALES

6.1 Edad

6.2 Sexo Masculino Femenino

6.3 ¿Cuáles son **sus ingresos mensuales totales** considerando: honorarios profesionales recibidos por todos los cargos o prestaciones realizadas sin considerar los descuentos de aportes?.

TOTAL BRUTO: \$

6.4 ¿Cuál es el ingreso promedio mensual en concepto de honorarios profesionales recibidos por el cargo ejercido **en esta institución**, sin considerar los descuentos de aportes?

TOTAL BRUTO: \$

Muchísimas gracias por su valiosa colaboración!

Cuestionario autoadministrado

Este estudio es impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. En el marco del mismo serán entrevistados directivos de unidades de salud, médicos a cargo de departamentos u áreas y profesionales de la salud que actúan en diversas especialidades. Su objetivo es relevar hechos y percepciones que los directivos y profesionales del área han detectado en sus unidades de trabajos en relación con los temas de condiciones de trabajo y salud ocupacional.

Este cuestionario es autoadministrado. Nos gustaría que ud leyera las preguntas y cuando las responda refleje en sus respuestas sus experiencias y vivencias sobre este tema en esta unidad de trabajo. Si alguna pregunta o escala no fuera clara puede consultar con la persona que le entregó el cuestionario el sentido de las mismas, ya que dicha persona ha sido particularmente capacitada sobre la aplicación del cuestionario. La mayor parte de las preguntas se responden marcando su opinión en el cuadrado que corresponda. Otras requieren que ud indique su grado de acuerdo o su nivel de satisfacción con alguna situación en especial así como el grado en que dicha situación ud cree que afecta a sus colegas.

El cuestionario puede parecerle largo, pero sin duda con su colaboración sabremos más sobre las condiciones de trabajo en el sector salud.

Le recordamos que la encuesta tiene fines estadísticos. La identidad de los entrevistados, asociada a sus respuestas, no será revelada.

Nº de entrevista

1. DATOS GENERALES

- 1.1 País.....
1.2 Institución.....
1.3 Edad.....
1.4 Sexo:
1.4.1 Masculino 1.4.2 Femenino

1.5 Departamento o área donde se desempeña:

1.5.1	Consultorios externos	
1.5.2	Internación	
1.5.3	Guardia	
1.5.4	Terapia intensiva	
1.5.5	Terapia intermedia	
1.5.6	Unidades de cuidados especiales	
1.5.7	Laboratorio	
1.5.8	Estudios por imágenes	
1.5.9	Servicio de Cirugía	
1.5.10	Otros (especificar)	

2. NIVEL DE FORMACIÓN Y DATOS LABORALES

2.1 Nivel de educación formal alcanzado

2.1.1	Primario completo (ir a 2.2)	
2.1.2	Secundario incompleto (ir a 2.2)	
2.1.3	Secundario completo (ir a 2.2)	
2.1.4	Terciario incompleto (ir a 2.3)	
2.1.5	Terciario completo (ir a 2.3)	
2.1.6	Universitario incompleto (ir a 2.3)	
2.1.7	Universitario completo (ir a 2.3)	

2.2 (Sólo para los que alcanzaron el nivel primario o secundario)

2.2.1 Realizó algún curso de formación profesional específico de la tarea o área en la que se desempeña?

SI NO

2.2.2 Nombre de la Institución donde lo realizó:

2.2.3 Duración del curso en horas (cátedra y/o de prácticas)

2.2.4 Fechas de ingreso: Fecha de egreso:

2.2.5 Concluyó los estudios? SI NO

2.2.6 Denominación del título o certificado obtenido

2.3 (Sólo para los que alcanzaron el nivel terciario/universitario)

Nombre de la carrera, especialización realizada:

2.3.1 Institución donde la realizó:

2.3.2 Duración en horas o meses o años.....

2.3.3 Fechas Ingreso/...../..... Egreso/...../.....

2.3.4 Concluyó los estudios? SI NO

2.3.5 Denominación del título o certificado obtenido

2.4 Realizó estudios de postgrado: SI NO

¿Cuales?

2.4.1 Denominación del título o certificado obtenido

Datos laborales

2.5 ¿En qué año comenzó a ejercer su profesión

2.6 ¿En qué año comenzó a trabajar en este establecimiento?

2.7 ¿Cuál es el nombre del cargo que ud. ejerce?

2.8 ¿Qué antigüedad tiene en su actual cargo

2.9 Modalidad de contrato que Ud. tiene **en este establecimiento/institución**

2.9.1 Permanente, por tiempo indeterminado (tiene descuentos jubilatorios, vacaciones pagas, aguinaldo)

2.9.2 Por tiempo determinado (se vence periódicamente y puede o no renovarse, y se le realizan descuentos por jubilación y goza de vacaciones pagas y aguinaldo)

2.9.3 Por tiempo determinado, ud presenta factura profesional

2.9.4 Por prestación, día de trabajo, guardia ud presenta factura profesional

2.9.5 Otro (especificar)

2.9.6 ¿Cuánto tiempo hace que está contratado bajo esa modalidad?

.....meses.....años

2.10 Turnos que cumple en el establecimiento /institución.....

2.10.1. FIJOS Cual?

2.10.1.1	Diurno	
2.10.1.2.	Vespertino	
2.10.1.3	Nocturno	
2.10.1.4	Guardia 24 horas	

2.10.2 ROTATIVOS ¿Qué horario?

2.11 ¿La semana anterior a esta encuesta, cuántas horas semanales le dedicó al ejercicio de su cargo en este establecimiento?

2.11.1	Menos de 20 hs	
2.11.2	Entre 21 a 35 horas	
2.11.3	Entre 36 a 40 horas	
2.11.4	Entre 41 a 48 horas	
2.11.5	Mas de 48 horas	

2.12 Considerando un mes de actividades profesionales suyas: ¿En cuántos puestos de trabajo o cargos, contando el que desarrolla en esta institución o establecimiento, ud se desempeña?

Cantidad de puestos:.....

Si sólo el cargo / puesto de trabajo del establecimiento ir a 3

Si es más de uno ir a 2.13

2.13 Aparte del tipo de contrato que tiene con este establecimiento / institución, ¿Qué modalidad de contratación tiene en el segundo puesto o cargo, por orden de importancia que ud desempeña?

2.13.1 Permanente, por tiempo indeterminado (tiene descuentos jubilatorios, vacaciones pagas, aguinaldo)

2.13.2 Por tiempo determinado (se vence periódicamente y puede o no renovarse, y se le realizan descuentos por jubilación y goza de vacaciones pagas y aguinaldo)

2.13.3 Por tiempo determinado, ud presenta factura profesional

2.13.4 Por prestación, día de trabajo, guardia ud presenta factura profesional

2.13.5 Otro (especificar)

3 CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

3.1 ¿Cómo caracterizaría en términos globales las condiciones de higiene y seguridad de su área de trabajo?

MUY BUENO BUENO REGULAR MALO MUY MALO

3.1.1 En su área de trabajo, ¿existen riesgos para el personal de salud?

SI *Ir a 3.1.1.1* NO *Ir a 3.2*

3.1.1.1.1	Riesgos de carácter biológico	Manejo de residuos patogénicos		
3.1.1.1.2		HIV/Hepatitis B		
3.1.1.1.3		Otros especificar		
3.1.1.2.1.1	Riesgos Ambientales	Físicos	Ruidos	
3.1.1.2.1.2			Iluminación	
3.1.1.2.1.3			Vibraciones	
3.1.1.2.1.4			Radiaciones	
3.1.1.2.1.5			Electricidad	
3.1.1.2.1.6			Temperatura ambiente	
3.1.1.2.1.7			Ventilación	
3.1.1.2.2.1		Químicos	Polvos	
3.1.1.2.2.2			Humos	
3.1.1.2.2.3			Vapores	
3.1.1.2.3.1		Mecánicos	Diseño ergonómico deficiente	
3.1.1.2.3.2			Diseño ambiental	
3.1.1.2.3.3			Salidas de emergencia/ evacuación	
3.1.1.2.3.4			Fuentes de calor no protegidas	
3.1.1.3.1	Riesgos Psicosociales	Intensidad de trabajo en los tiempos asignados		
3.1.1.3.2		Intensidad de trabajo por ausencias de personal		
3.1.1.3.3		Falta de herramienta adecuado para la atención		
3.1.1.3.4		Limitaciones de espacio		
3.1.1.3.5		Mala organización del trabajo		
3.1.1.3.6		Jornadas extensas de trabajo		
3.1.1.3.7		Jerarquías sin legitimidad		
3.1.1.3.8		Escasa coordinación a nivel horizontal (equipo de trabajo)		
3.1.1.3.9		Mal clima organizacional		
3.1.1.3.10		Exceso de controles		
3.1.1.3.11		Falta de controles		
3.1.1.3.12		Otros Cual?		

3.1.1.4 ¿En su área de trabajo se han presentado en el último año situaciones de violencia?

SI NO ir a 3.2

Las situaciones de violencia que características tienen:.

3.1.1.4.1 FÍSICA? SI NO
(Lesión o agresión **física** que provoca daños a una persona)

3.1.1.4.2 SEXUAL? SI NO

3.1.1.4.3 PSICOLÓGICA?: SI NO

3.1.1.4.4 POR DESATENCIÓN? SI NO

3.1.1.4.5 TODAS LAS ANTERIORES SI NO

3.1.1.4.6 De los siguientes agresores indique los mas frecuentes, en orden de importancia de 1 a 5, (donde el de mas importancia es el 1). Colocar el n° en el cuadrado

3.1.1.6.1 Pacientes

3.1.1.6.2 Familiar del paciente

3.1.1.6.3 Público en general

3.1.1.6.4 Compañeros/colegas de trabajo

3.1.1.6.5 Superiores/Jefes

3.2 ¿En su área de trabajo se han producido o producen algunas de estas situaciones o accidentes?

		SI	NO
3.2.1	Heridas cortantes (pinchaduras por agujas u hojas de bisturí)		
3.2.2	Caídas		
3.2.3	Contacto con vectores de riesgo		
3.2.4	Accidentes de tránsito		
3.2.5	Lesiones osteomusculares agudas		
3.2.6	Otras Cual/es?		

3.3.1 ¿Se lleva algún registro o estadística de estas situaciones o accidentes?

SI NO NO SABE

3.3.2 ¿Se han desarrollado medidas preventivas?

SI ir a 3.3.3 NO ir a 3.3.4

3.3.3 ¿Qué medidas preventivas se han tomado?

1	Difusión	
2	Capacitación	
3	Carteles y señales	
4	Modificaciones en la forma de trabajar o en la organización del trabajo.	
5	Modificaciones ergonómicas	
6	Compra de instrumental o materiales cuyo diseño incluye aspectos de prevención de riesgos	
7	Otra aclarar	

HIGIENE Y SEGURIDAD

3.3.4 ¿Tienen elementos personales seguridad? SI No No sabe

3.3.5 ¿Con que frecuencia los emplean y en que condiciones están?

	Siempre	A veces	Nunca	Están en buenas condiciones	
				SI	NO
1 Protección respiratoria					
2 Guardapolvo					
3 Guantes					
4 Lentes					
5 Gorro					

3.3.6 ¿En este establecimiento existe un área especializada en temas de higiene, seguridad, condiciones de trabajo, prevención de riesgos?

SI NO NO SABE

3.3.7 ¿Se ha constituido en este establecimiento un Comité de Condiciones de Trabajo o de Higiene y Seguridad?

SI *ir a 3.3.8* NO *ir a 3.3.11* NO SABE *ir a 3.3.11*

3.3.8 ¿Sabe qué autoridades del establecimiento lo integran?

SI NO NO SABE

3.3.8.1	Director o representante del consejo de administración	
3.3.8.2	Jefaturas médicas	
3.3.8.3	Jefaturas de laboratorio	
3.3.8.4	Jefatura de Laboratorios	
3.3.8.5	Jefatura de estudios por imagen	
3.3.8.6	Jefatura de cuidados intensivos	
3.3.8.7	Jefatura de atención primaria	
3.3.8.8	Representantes de los colegios médicos	
3.3.8.9	Representantes de los colegios de enfermería	
3.3.8.10	Sindicatos de trabajadores de la salud	

3.3.9 ¿Conoce los temas en los que el Comité está trabajando?

SI *ir a 3.3.10* NO *ir a 3.3.12* NO SABE *ir a 3.3.12*

3.3.10 ¿Podría mencionar alguno?

3.3.11 ¿Se ha realizado en los últimos tres años algún curso sobre prevención de riesgos o sobre higiene, seguridad y condiciones de trabajo?

SI NO NO SABE

3.3.12 Durante los últimos 3 meses ¿ud. o algún colega suyo han sufrido algún accidente labora, en su área o departamento?

SI, YO MISMO SI, COLEGAS NO *ir a 3.4* NS/NR *ir a 3.4*

3.3.13 ¿Qué tipo de accidente? Podría describirlo

.....
3.4 ¿Existen carteles de señalización indicando posibles riesgos?

SI NO NS

3.5 ¿Existe un plan de desastre?

SI NO NS

3.6 ¿Existen medidas de protección contra incendio en el servicio?
SI ir a 3.6.1 No ir a 3.6.2 No sabe ir a 3.6.2

3.6.2 ¿Existen salidas de emergencia? SI NO No sabe

3.6.3 ¿Están habilitadas? SI No No sabe

3.7 Servicios básicos

3.7.1 ¿El establecimiento tiene vestuarios? SI No

3.7.1.1 ¿Están en buen estado? SI No

3.7.1.2 ¿Son suficientes? SI No

3.7.2 ¿Los servicios sanitarios son suficientes? SI No

3.7.2.1 ¿Están en buen estado? SI No

3.7.2.2 ¿Tienen duchas? SI No

3.8 ¿La instalación eléctrica se encuentra en buen estado?

SI No No sabe

3.9 ¿El instrumental se utiliza es para los fines que fueron fabricados?

SI No No sabe

4. Nos gustaría que ud. evalúe su área de trabajo. Lea detenidamente cada frase y manifieste su valoración y cómo cree que esas condiciones favorables o desfavorables inciden, en su opinión, en el desempeño del personal de salud

4.1

I.-CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE FÍSICO Y SOCIAL DE SU ÁREA DE TRABAJO EN EL ESTABLECIMIENTO	CALIFICACIÓN				INCIDENCIA EN EL DESEMPEÑO DE LAS PERSONAS:		
	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
1. ¿Cómo calificaría al ambiente físico de su área de trabajo?	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
2. La higiene del área es....	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
3. Se oyen ruidos, golpes, voces altas, gritos, sonidos agudos, vibraciones	MUY FRECUENTEMENTE	FRECUENTE	ESPORÁDICAMENTE	NUNCA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
4. La temperatura ambiente es.....	AGRADABLE	CALUROSA	FRIA	MUY FRIA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
5. La iluminación del ambiente es...	ADECUADA		INADECUADA		POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
6. La ventilación del ambiente es...	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
7. La probabilidad de estar expuesto a radiaciones ionizantes (rayos X, gamma, radioisótopos) ud. la considera....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
8. La probabilidad de estar expuesto a radiaciones no-ionizantes ((luz infrarroja, ultravioleta, microondas, laser) es...	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
9. La probabilidad de estar expuesto a contaminación por manipulación de medios biológicos es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
10. La probabilidad de estar expuesto a riesgos por manipulación de sustancias químicas es	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
11. La probabilidad de estar expuesto a riesgos por contaminación química, biológica, polvos, vapores, etc, es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
12. La probabilidad de sufrir cortes o pinchaduras (con bisturís, agujas) es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
13. La probabilidad de sufrir accidentes de tránsito en la búsqueda o traslado de pacientes es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
14. La probabilidad de sufrir choques o descargas eléctricas es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE

I.-CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE FÍSICO Y SOCIAL DE SU ÁREA DE TRABAJO EN EL ESTABLECIMIENTO	CALIFICACIÓN				INCIDENCIA EN EL DESEMPEÑO DE LAS PERSONAS:		
	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
15. La probabilidad de ser víctima del desborde emocional o violencia de los pacientes es....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
16. La probabilidad de estar sujeto/a a relaciones autoritarias, violación de criterios profesionales, mal vínculo entre jefes y subordinados, etc, es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
17. La probabilidad de contaminación en el área por el sistema implementado de recolección de ropa sucia	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
18. La probabilidad de suministro de agua contaminada es....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
19. La probabilidad de contaminación ambiental por tratamiento inadecuado de las aguas residuales es.....	MUY ALTA	ALTA	BAJA	NULA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE

4.2

II.- MEDIOS DE TRABAJO	CALIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN POR FACTOR				INCIDENCIA EN EL DESEMPEÑO DE LAS PERSONAS		
	MUY ADECUADA	ADECUADA	REGULAR	INADECUADA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
1. La adecuación ergonómica del mobiliario de su área de trabajo es....	MUY ADECUADA	ADECUADA	REGULAR	INADECUADA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
2. La disponibilidad de equipos, instrumental, material descartable e insumos necesarios para las tareas es	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	BAJA	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
3. El estado de operatividad de los equipos e instrumental es.....	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE
4. El nivel tecnológico de los equipos es....	DE ULTIMA GENERACIÓN	ACTUALIZADO	ATRASADO	OBSOLETO	POSITIVA	NEGATIVA	NO INCIDE

4.3

III. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS	GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS			
1. Mi cargo exige que me desempeñe en tareas muy diversas.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
2. Mi cargo exige un ritmo muy rápido de trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
3. Se me asignan demasiados pacientes para el tiempo de trabajo que disponemos para la atención.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
4. Se me asignan demasiados pacientes considerando la complejidad de su diagnóstico, tratamiento, cuidado	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
5. Mi trabajo requiere hacer muchos esfuerzos físicos durante la jornada.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
6. Mi trabajo requiere mucho equilibrio emocional.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
7. En mi área de trabajo circulan, frecuentemente, órdenes contradictorias	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
8. Mi trabajo requiere mucha autonomía y criterio para la toma de decisiones	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
9. Mi trabajo exige una actualización permanente	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
10. Mi trabajo es muy rutinario.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
11. Mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades profesionales y técnicas	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
12. Mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades de comunicación.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
13. Mi trabajo requiere un alto desarrollo de habilidades relacionadas con el afecto, el optimismo, la atención y el cuidado.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
14. Mi trabajo es variado en relación con su contenido, procedimientos y tareas	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
15. En mi trabajo sólo cuenta el criterio de los jefes	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
16. Me cuesta olvidarme de los problemas del trabajo cuando estoy en otros ambientes sociales.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
17. Mi trabajo requiere que sea creativo	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
18. En este establecimiento se aprende mucho en todas las especialidades	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
19. En mi trabajo cuento con amplia autonomía para decidir cómo hacer las cosas	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
20. Frecuentemente no puedo dormir bien a la noche por preocupaciones del trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

III. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS	GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS			
21. Frecuentemente me siento muy cansado/a físicamente y/o mentalmente	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
22. Los feriados y aún las vacaciones no me alcanzan para poder recuperarme del cansancio o pérdida de energía	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
23. Con el tiempo se toma mucha distancia emocional de los casos que se atienden.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
24. Cada vez me irritan más los contratiempos en el trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
25. Creo que mi trabajo no es reconocido ni por los pacientes ni por los jefes.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
26. Siento que mis colegas han desarrollado una actitud fría y distante en el trato con los pacientes.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
27. En mi área de trabajo se percibe un fuerte descorazonamiento, una fuerte desmotivación acerca de la importancia de nuestras intervenciones.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
28. Es mucha la presión laboral que se soporta para tener tan poco reconocimiento.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
29. Estoy un poco desilusionado respecto a los logros que puedo esperar de mi trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
30. Mis colegas afirman que se sienten sobrepasados por las situaciones profesionales que tienen que enfrentar.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
31. La alta rotación de profesionales no permite que se acumule experiencia en el área.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
32. Los niveles salariales que ofrece el establecimiento son razonables para personas de mi curriculum y experiencia.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
33. Las relaciones interpersonales entre colegas, jefes y personal presentan baja conflictividad en el área donde trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
34. Durante el trabajo suelo olvidarme de los problemas de salud que puedo tener.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
35. El establecimiento ha generado un buen sistema de reconocimiento profesional: distinciones, premios, otros.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
36. El sistema de guardias que tiene el establecimiento es nocivo para la salud de los profesionales.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
37. Los turnos de trabajo del establecimiento son inadecuados para el cansancio y stress que produce el trabajar en esta área.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
38. En situaciones difíciles de trabajo, he recibido el apoyo necesario de los jefes.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

III. ESTABLEZCA SU GRADO DE ACUERDO O DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN QUE LE PROPONEMOS ACERCA DE SUS TAREAS	GRADO DE ACUERDO/DESACUERDO CON LA DESCRIPCIÓN DE SUS TAREAS			
39. En mi área no se puede conversar con los colegas durante el trabajo.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
41. La dirección o el departamento de Recursos Humanos del establecimiento no prestan atención a las necesidades personales de los trabajadores.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
42. En mi área de trabajo las relaciones humanas son difíciles.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
43. Este establecimiento tiene un buen sistema de promociones y ascensos.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
44. Durante el trabajo se me agudizan ciertos los malestares físicos.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
45. En términos globales siento una gran satisfacción con el trabajo que realizo en este establecimiento.	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
46. Creo que el estado de salud profesional de mis colegas está	MUY AFECTADO	AFECTADO	UN POCO AFECTADO	NADA AFECTADO
47. Creo que mi estado de salud profesional está.....	MUY AFECTADO	AFECTADO	UN POCO AFECTADO	NADA AFECTADO

5. SALUD OCUPACIONAL

5.1 Marque las molestias o malestares que ud siente que se le presentan con más frecuencia o con cuadros más agudos y si ud. considera que estas molestias están relacionadas con condiciones de trabajo existentes en el área?

		SI	NO	Relacionadas con la condiciones de trabajo
5.1.1	Dolores de cabeza			
5.1.2	Problemas osteo/musculares lumbalgias			
5.1.3	Problemas de visión, audición			
5.1.4 s	Problemas cardiacos, circulatorios			
5.1.5	Alteraciones gastrointestinales			
5.1.6	Alergias			
5.1.7	Fatiga física, mental. stress			
5.1.8	Temores, fobias			
5.1.9	Irritabilidad frecuente			
5.1.10	Depresión			
5.1.11	Trastornos en el sueño			
5.1.12	Heridas frecuentes			
5.1.13	Adicciones (fármacos, alcohol, tabaquismo, desórdenes alimenticios)			
5.1.14	5.1.14 Otras Cual?			

5.2 Cree ud. que padece alguna enfermedad relacionada con su actividad laboral?

SI NO ir a 5.5 NS ir a 5.5

5.2.1 ¿Cuál?

5.2.2 ¿Ha realizado consultas médicas al respecto?

SI NO

5.2.3 ¿Cuál ha sido el diagnóstico?

5.2.4 ¿Está realizando algún tratamiento? ¿Cuál?

5.2.5 ¿Ud consume regularmente algún medicamento?

SI ir a 5.2.6 NO ir a 6

5.2.6 ¿Cuáles?

	MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	
5.2.6 1	Para dolores o inflamaciones	
5.2.6 2	Tranquilizantes o relajantes	
5.2.6 3	Antidepresivos	
5.2.6 4	Estimulantes	
5.2.6 5	Para molestias estomacales o intestinales	
5.2.6 6	Para la presión arterial	
5.2.6 7	Para la circulación	
5.2.6 8	Otro	

6. DATOS SALARIALES

6.1 ¿Cuáles son el ingreso mensual total promedio que ud percibe considerando honorarios profesionales recibidos por todos los cargos ejercidos o prestaciones realizadas sin considerar los descuentos de aportes y contribuciones?.

TOTAL BRUTO PERCIBIDO EN CONCEPTO DE HONORARIOS PROFESIONALES:

.....

6.2 ¿Cuál es el ingreso promedio mensual en concepto de honorarios profesionales recibidos por el cargo ejercido en esta institución sin considerar los descuentos de aportes y contribuciones?

TOTAL BRUTO PERCIBIDO EN LA INSTITUCIÓN:

.....

