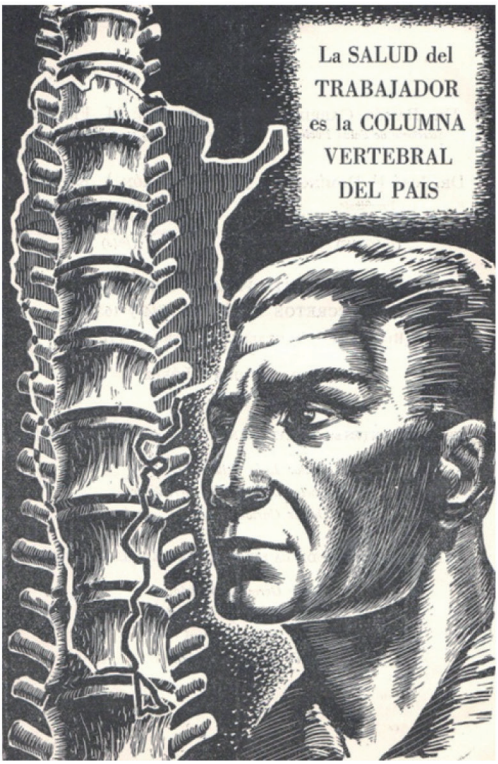
69

Año | 2013

La salud de los trabajadores de la salud

Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012



Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

La salud de los trabajadores de la salud

Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012

Representación OPS/OMS Argentina, 69

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

OPS/OMS Argentina
Marcelo T. de Alvear 648 - 4° piso
(C1058AAH) CABA, Argentina

Buenos Aires, 2013

Catalogación en la Fuente, Centro de Gestión del Conocimiento de OPS/OMS de Argentina
****

Organización Panamericana de la Salud.

La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS, 2013.

(Representación OPS/OMS Argentina; 69).

1. Salud Laboral. 2. Hospitales Públicos. 3. Hospitales Municipales. 4. Trabajadores. 5. Equidad en Cobertura. 6. Argentina. I. título.

ISBN 978-92-75-31813-3 (Clasificación NLM: WA 487.5.H4)

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 Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área Centro de Gestión del Conocimiento de la OPS/OMS Argentina podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. 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 Organización Panamericana de la Salud 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.

Figura de tapa: Carrillo R. Política Sanitaria Argentina. Tomo II. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación; 1949.

Autores

Spinelli Hugo. Médico. Doctor en Salud Colectiva. Director del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.

Trotta Andrés. Médico. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Doctorando del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía-Brasil.

Guevel Carlos. Estadístico. Docente Investigador del Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús.

Santoro Adrián. Sociólogo. Magister en Generación y Análisis de Información Estadística. Docente Investigador del Instituto de Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús.

García Martínez Sebastián. Médico. Maestrando de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Negrín Gisela. Médica. Maestranda de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Morales Castellón Yaima. Psicóloga. Maestranda de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Índice

Listado de figuras y tablas ..... **v**

Agradecimientos ..... **xv**

Presentación **1**

Breve historia de la investigación

Fundamentos **5**

Vivir y morir en el trabajo
El alcance de los datos internacionales: la punta del iceberg
Morbimortalidad en el trabajo en la Argentina
El problema en la provincia de Buenos Aires
El trabajo en salud y la salud de quienes trabajan
Trabajar en salud: objeto de trabajo, estructura organizacional y situación laboral
Otras dimensiones del proceso de trabajo
Las relaciones intersubjetivas: instrumentos básicos del trabajo en salud
Cuando la salud está en juego

Estado del arte **29**

Primeras aproximaciones a la problemática de salud y trabajo
La construcción del objeto de estudio en la sociedad industrial
El surgimiento de la Medicina del Trabajo
El movimiento obrero en la Argentina y la lucha por los derechos del trabajador en el marco del capitalismo industrial
Primer Informe sobre el Estado de las Clases Obreras Argentinas (Informe ECOA)
Otros estudios nacionales sobre la clase trabajadora
Una propuesta de institucionalidad durante el primer peronismo
Desarrollo de la salud ocupacional: el cambio de foco hacia el ambiente y el individuo
La lucha por la salud
La experiencia europea: el Movimiento Obrero Italiano (MOI)
El Manual como el instrumento y testimonio de la lucha obrera
Desafíos teóricos de la experiencia obrera
Ruptura histórica y declive del MOI
La experiencia argentina: el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT)
El quiebre argentino: resistencia y continuidad en España

La determinación social de la relación trabajo y salud
El neoliberalismo: crisis del Estado, el trabajo y los trabajadores
Nuevas formas de trabajar y de vivir en el neoliberalismo
Nuevas estrategias de organización productiva
Neoliberalismo y flexibilización laboral
El trabajo en la sociedad del riesgo
Las tesis del fin del trabajo
Trabajo y salud: interfaces en debate

Metodología **67**
Universo y diseño de la muestra en la etapa inicial
Marco muestral
Trabajo de campo
Rediseño de la muestra
Muestra final
Consideraciones sobre los resultados
Descripción del cuestionario
Los comités de bioética

Resultados y discusión **83**
Introducción
Módulo I: sociodemográfico y doble carga de trabajo.
Módulo II: salud (daños)
Salud general
Daños a la salud
Enfermedades relacionadas al trabajo
Accidentes de trabajo
Modos de vida
Calidad de vida
Módulo III: proceso de trabajo
Objeto y herramientas de trabajo. El otro, el cuidado y la comunicación
La dimensión del vínculo en la producción del cuidado
El hospital: los tiempos, los espacios y los elementos nocivos en el trabajo
Módulo VI: relaciones intersubjetivas
Relación con compañeros, colegas, superiores y autoridades del hospital
Relación del trabajador con su trabajo
Violencia relacionada al trabajo
Módulo V: estructura organizacional
El proyecto institucional
Las formas organizativas y su funcionamiento
Gestión de la prevención de riesgos en el trabajo

Módulo VI: situación laboral
Ejercicio de derechos laborales
Percepción de la calidad de las relaciones laborales
Participación gremial
Capacitación laboral
Inserción institucional
Condiciones de empleo
Pluriempleo

Conclusiones **197**

Bibliografía **203**

Listado de figuras y tablas

Listado de figuras

Figura 1. Distribución porcentual por sexo y grupo etario de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 86)

Figura 2. Distribución porcentual por nivel de instrucción de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 87)

Figura 3. Distribución porcentual del salario total mensual por sexo de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 88)

Figura 4. Distribución porcentual por grupos de edad del salario total mensual en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 90)

Figura 5. Distribución porcentual por categoría ocupacional del ingreso mensual total del hogar de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 91)

Figura 6. Distribución porcentual del ingreso mensual total del hogar por sexo de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 92)

Figura 7. Percepción de salud por sexo en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 94)

Figura 8. Percepción de salud por categoría ocupacional en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 94)

Figura 9. Percepción de salud por ingreso mensual total del hogar en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 95)

Figura 10. Problemas de salud referidos en los últimos 12 meses por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 97)

Figura 11. Distribución porcentual de las menciones a problemas incluidos en el grupo de enfermedades osteoartículomusculares y radiculares en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 99)

Figura 12. Frecuencia relativa de problemas de salud y/o grupos de enfermedades por sexo en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012 (p. 100)

Figura 13. Frecuencia relativa de problemas de salud por ocupación asistencial o no asistencial y grupos de enfermedades en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 101)

Figura 14. Frecuencia relativa de síntomas y/o padecimientos en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 102)

Figura 15. Esquema de frecuencias relativas de reporte y reconocimiento por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, de enfermedades profesionales en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 104)

Figura 16. Esquema de frecuencias relativas de reporte y reconocimiento por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, de accidentes de trabajo en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 106)

Figura 17. Evaluación de la satisfacción con algunos ámbitos que hacen a la calidad de vida de la población de trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 109)

Figura 18. Evaluación por sexo de la satisfacción con algunos ámbitos que hacen a la calidad de vida, de la población de trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 110)

Figura 19. Evaluación por sexo sobre cuánto contribuye el trabajo en el hospital a sentirse feliz en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 111)

Figura 20. Evaluación por rangos de edad sobre cuánto contribuye el trabajo en el hospital a sentirse feliz, en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010- 2012. (p. 112)

Figura 21. Frecuencia porcentual de las actividades realizadas durante su última semana de trabajo por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 113)

Figura 22. Importancia seleccionada (promedio) en una escala de 0 (nada importante) a 10 (muy importante), a diferentes elementos utilizados en el trabajo, por los trabajadores de los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 116)

Figura 23. Uso de diferentes herramientas (tecnologías blandas, duras-blandas y duras) como parte del trabajo cotidiano de los trabajadores (asistenciales y no asistenciales) de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 117)

Figura 24. Distribución porcentual de la frecuencia con que se percibe la autonomía en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 120)

Figura 25. Distribución porcentual del grado de acuerdo con afirmaciones relativas a la percepción de diferentes aspectos del vínculo con los usuarios, en trabajadores con funciones asistenciales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 122)

Figura 26. Distribución porcentual del grado de acuerdo con afirmaciones relativas a la percepción sobre la comunicación con los usuarios de los trabajadores con funciones asistenciales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 123)

Figura 27. Distribución porcentual del grado de acuerdo con afirmaciones relativas a la comunicación con los usuarios de los trabajadores con funciones asistenciales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 124)

Figura 28. Promedio de satisfacción en una escala de 0 (nada satisfecho) a 10 (muy satisfecho) con diferentes aspectos del trabajo en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 128)

Figura 29. Porcentaje de trabajadores expuestos a condiciones y elementos nocivos en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 129)

Figura 30. Distribución de la percepción de riesgos de accidente de trabajo según forma de ocurrencia en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 131)

Figura 31. Porcentaje de trabajadores que perciben siempre o muchas veces diferentes aspectos de su relación con compañeros, colegas y superiores en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 134)

Figura 32. Distribución porcentual de la percepción de cómo se recibe a las personas al comenzar a trabajar, o se los trata al momento de jubilarse en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 135)

Figura 33. Porcentaje de trabajadores que perciben siempre o muchas veces diferentes sentimientos producidos por el trabajo en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 136)

Figura 34. Distribución porcentual de la frecuencia con que se percibe un reconocimiento escaso por su contribución al trabajo en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 137)

Figura 35. Percepción en los trabajadores de la calidad de los servicios prestados en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 146)

Figura 36. Conocimiento de la misión y objetivos del hospital, en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 147)

Figura 37. Conocimiento de la historia del hospital, en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 148)

Figura 38. Percepción de los trabajadores acerca de la existencia de mística en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 149)

Figura 39. Distribución porcentual de la representación gráfica utilizada por los trabajadores de la organización de su institución en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 152)

Figura 40. Conocimiento en los trabajadores de diferentes aspectos de la planificación del hospital y/o servicio encuadrado entre los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 153)

Figura 41. Percepción en los trabajadores de las principales razones para ascender en la estructura organizativa en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 154)

Figura 42. Distribución porcentual de trabajadores por ocupación que refieren recibir directrices/comandos claros para realizar sus actividades en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 155)

Figura 43. Frecuencia con que precisan modificar las órdenes que reciben para conseguir realizarlas los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 156)

Figura 44. Percepción en los trabajadores de la existencia de mecanismos de supervisión (acompañamiento) por parte de algún miembro de la dirección del hospital o equipos de coordinación de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 157)

Figura 45. Percepción en los trabajadores sobre la preocupación de los directores del hospital por la seguridad y salud en el trabajo de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 159)

Figura 46. Reconocimiento de los trabajadores de la existencia de planes institucionales de gestión de la prevención de riesgos en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 159)

Figura 47. Reconocimiento de los trabajadores de la existencia de planes institucionales de gestión de la prevención de riesgos en el trabajo, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, según tipo de función asistenciales y no asistenciales de los trabajadores. Argentina, 2010-2012. (p. 160)

Figura 48. Percepción en los trabajadores de la existencia de acciones institucionales de gestión de la prevención de riesgos en el trabajo en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 161)

Figura 49. Distribución porcentual del conocimiento de los trabajadores sobre la existencia de un comité o comisión de seguridad e higiene en el trabajo, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 162)

Figura 50. Distribución porcentual de la percepción de los trabajadores de la existencia de acciones de información y capacitación en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 162)

Figura 51. Distribución porcentual del reconocimiento de los trabajadores de la entrega de elementos de protección personal en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 163)

Figura 52. Porcentaje de trabajadores que refieren estar vacunados en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 164)

Figura 53. Reconocimiento de los trabajadores de la frecuencia con que reciben información de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.(p. 166)

Figura 54. Percepción en los trabajadores sobre la calidad de los servicios recibidos por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 166)

Figura 55. Reconocimiento de los trabajadores de la existencia de controles médicos por parte del hospital a los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 167)

Figura 56. Motivos del reconocimiento médico realizado por el hospital a los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 168)

Figura 57. Información de los resultados del reconocimiento médico realizado por el hospital a los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 168)

Figura 58. Distribución de la frecuencia con la que ejercen sus derechos laborales los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 171)

Figura 59. Frecuencias según grupos de edad de la capacidad para ejercer derechos laborales ("siempre y muchas veces") en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 172)

Figura 60. Frecuencia de percepción del trato recibido según las categorías "siempre o muchas veces" por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 174)

Figura 61. Frecuencia por rangos de edad con que "nunca" perciben situaciones de vulnerabilidad en las relaciones laborales los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 175)

Figura 62. Distribución porcentual de la afiliación a alguna organización en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 176)

Figura 63. Porcentaje de trabajadores por grupos de edad que no están afiliados a ninguna organización en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 177)

Figura 64. Distribución porcentual del conocimiento sobre conflictos gremiales promovidos por el gremio en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado de Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 179)

Figura 65. Porcentaje de trabajadores por grupos de edad que no saben si el gremio ha promovido algún tipo de conflicto gremial en los últimos 6 meses, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 179)

Figura 66. Distribución porcentual por categoría ocupacional sobre la realización de cursos de capacitación desde su ingreso al hospital en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 180)

Figura 67. Frecuencia de contenidos en los cursos de capacitación a los que asistieron los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 181)

Figura 68. Distribución porcentual de la influencia de los cursos de capacitación en las prácticas de trabajo de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 184)

Figura 69. Distribución porcentual sobre la frecuencia de la influencia de los trabajadores en la toma de decisiones a nivel institucional de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 185)

Figura 70. Porcentaje de trabajadores por categoría ocupacional que supervisan o reciben órdenes en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 186)

Figura 71. Distribución porcentual de la posición que ocupan dentro del hospital los trabajadores de los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 186)

Figura 72. Distribución porcentual de la cantidad de años trabajados en el hospital en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 188)

Figura 73. Porcentaje de trabajadores por categoría ocupacional que cree que "es poco probable o no es probable" que en los próximos dos años haya alguna probabilidad de perder el empleo, sufrir un cambio no deseado en sus condiciones de trabajo o perder derechos laborales a nivel total en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 189)

Figura 74. Distribución porcentual por sexo sobre la situación de desempleo, durante al menos un mes antes de su trabajo actual en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 190)

Figura 75. Distribución porcentual por categoría ocupacional sobre la situación de desempleo –durante al menos un mes, antes del empleo actual– en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 191)

Figura 76. Porcentaje por categoría ocupacional de trabajadores que tienen un segundo empleo remunerado, además del que poseen en el hospital comprendido entre los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 192)

Figura 77. Distribución porcentual del promedio de horas trabajadas por semana sumando todos los empleos en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 193)

Listado de tablas

Tabla 1. Número de accidentes y enfermedades fatales relacionadas con el trabajo y coeficiente de mortalidad por accidentes de trabajo (por 100.000 trabajadores) en el mundo, 2008. (p. 6)

Tabla 2. Coeficiente de mortalidad por accidentes (por 100.000 trabajadores) según sector ocupacional, de acuerdo a agrupaciones regionales y nivel de ingreso, 2008. (p. 7)

Tabla 3. Notificación de casos según tipo de evento. Argentina, 2010. (p. 9)

Tabla 4. Notificación de casos según forma de ocurrencia. Argentina, 2010. (p. 10)

Tabla 5. Enfermedades profesionales según principales diagnósticos de la lesión. Argentina, 2010. (p. 11)

Tabla 6. Cantidad de notificaciones según tipo de evento. Provincia de Buenos Aires, 2010. (p. 12)

Tabla 7. Número de notificaciones según forma de ocurrencia. Provincia de Buenos Aires, 2010. (p. 13)

Tabla 8. Cantidad de ocupados (promedios semestrales) en el sector salud. Argentina 2004, 2008 y 2012 (p. 15)

Tabla 9. Densidad (por 10.000 habitantes) de personal sanitario. Cifras mundiales, 2000-2010. (p. 16)

Tabla 10. Distribución de la población de trabajadores mayores de 20 años con ciclo universitario completo por sexo y carrera. Argentina, 2001. (p. 17)

Tabla 11. Cantidad de trabajadores de salud en los establecimientos que componen el universo objeto de la investigación. Año 2010. (p. 73)

Tabla 12. Cantidad y tamaño medio de los aglomerados, según zona y tipo de establecimiento. (p. 74)

Tabla 13. Cantidad de aglomerados y tamaño medio en la muestra final. (p. 75)

Tabla 14. Esquema general de la organización del Instrumento. (p. 77)

Tabla 15. Distribución porcentual por sexo de horas de trabajo semanales en trabajadores de establecimientos asistenciales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 125)

Tabla 16. Distribución porcentual por sexo de días de descanso semanales en trabajadores de establecimientos asistenciales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 126)

Tabla 17. Situaciones de discriminación vividas en el último año por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 139)

Tabla 18. Frecuencia por categoría ocupacional de la capacidad para ejercer derechos laborales ("siempre o muchas veces") en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 173)

Tabla 19. Porcentaje de enfermeros, médicos y de otras profesiones asistenciales que realizan cursos de capacitación en temas relacionados con problemas de salud-enfermedad en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 182)

Tabla 20. Porcentaje de administrativos, médicos y enfermeros que realizan cursos de capacitación en temas relacionados con la gestión y/o coordinación en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. (p. 183)

Agradecimientos

A la CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires) por haber financiado la realización de esta investigación.

Al señor representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Argentina, Dr. Pier Paolo Balladelli, y al Dr. Humberto Montiel (consultor de OPS/OMS), por el interés y el apoyo para que este trabajo sea publicado.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Lanús por su constante estímulo a las actividades de investigación.

A todas y todos los trabajadores de los hospitales, y a las comisiones sindicales de CICOP y ATE, que contribuyeron en la innumerable cantidad de tareas del trabajo de campo y por su motivación para el desarrollo de la investigación.

Al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires por la disposición a colaborar con el banco de datos sobre el personal de los hospitales.

A los directores y trabajadores administrativos de los hospitales, por su disposición y colaboración en el trabajo de campo.

A la Lic. Marta Novick y al Lic. Daniel Horacio Contartese Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, por la colaboración y disposición durante la investigación.

A la Dra. Maria Cecília de Souza Minayo, y al Dr. Luiz Augusto Facchini, por la colaboración y generosidad al compartir materiales de trabajo y experiencia de campo en la fase inicial del trabajo.

A Marcio Alazraqui, por sus criteriosos aportes metodológicos y analíticos.

A Viviana Martinovich, por su trabajo detallado en la edición y normalización del texto y de las citas bibliográficas.

A Magalí Minvielle y Tatiana Minvielle, por el apoyo administrativo.

A las y los colegas del Instituto de Salud Colectiva, por el acompañamiento en todos los momentos de la investigación.

A Analía Sancho, Vanessa Di Cecco, Brenda Maier, Fernanda Rodríguez y Lucía Trotta, por su esfuerzo y dedicación durante el trabajo de campo, y a Marcelo Amable por su participación en la fase inicial del trabajo.

Presentación

Breve historia de la investigación

La relación trabajo-salud es compleja, incierta y reciproca. Sin embargo, despliega toda su capacidad explicativa cuando es visualizada en el contexto del trabajador y su trabajo, es decir, en la articulación del proceso de trabajo.

Entre los trabajadores de la salud, ese proceso de trabajo moviliza a los sujetos en su totalidad: en cuerpo, en intelecto, con emociones diversas que circulan del llanto a la alegría y en su capacidad relacional. Así, el conocimiento producido en el campo de la salud en los últimos años viene señalando la necesidad de articular otros constructos teóricos a la categoría proceso de trabajo como, por ejemplo, la necesidad de incorporar las cuestiones de género, el impacto de las violencias, la precarización de las relaciones en el trabajo entre los propios trabajadores y usuarios, así como diferentes tipos de retrocesos de los derechos de protección a los trabajadores, tales como modalidades de contratación regresivas y la ausencia de inversión en equipos de protección individual, entre otros. Todo ello apunta insistentemente a la existencia de una relación displacentera o de malestar de los trabajadores con el trabajo que hacen. Se trata de relatos frecuentemente repetidos en el día a día de los trabajadores de la salud. Con estos elementos se construyen los fundamentos del problema.

El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud que son los hospitales tienen características propias que las distingue de otras organizaciones y que sustenta su singularidad y complejidad, sea por funcionar las 24 horas de los 365 días del año, como por trabajar con la salud, la enfermedad y el cuidado; conceptos que a excepción de la enfermedad se presentan complejos y esquivos a una definición.

No es común traer a la discusión la salud de los trabajadores de la salud en tanto centrada en sus posibilidades latentes como sujetos transformadores, esto es, en su condición de trabajadores. Ausencia verificable por la falta de una agenda de discusión al respecto en las propias organizaciones de trabajadores, así como en las políticas públicas. El problema toma otra magnitud si se lo traduce en términos

poblacionales. Se estima que existen alrededor de 59,2 millones de trabajadores de la salud contratados en todo el mundo. La región de las Américas concentra más de 21 millones de esos trabajadores, la mayor cantidad en comparación con Europa, la región del Pacífico este, Asia, la región mediterránea y África. Alrededor de 2/3 se distribuye en servicios[1] de salud, mientras que el resto se organiza en trabajos de gestión y tareas de soporte (OMS, 2006).

Esta investigación se propuso responder a la pregunta: ¿Cuál es la situación de salud de los trabajadores de la salud de los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires?, recortando el objeto de estudio a hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires para el periodo 2010-2012. Se trabajó con un concepto amplio de salud, más allá de lo biológico y de la enfermedad, por ello se tuvieron en cuenta dimensiones del trabajo, el empleo, la organización y la vida institucional. Se describieron las relaciones de un conjunto de variables según los constructos teóricos desarrollados en cada caso, y que se relacionan con la tesis que venimos sosteniendo que para la elaboración de propuestas de cambio en estas organizaciones es necesario que el trabajo y el trabajador tengan un rol central, lo cual está relacionado con la singular conformación de la organización en tanto Burocracia Profesional (Spinelli, 2010). Por eso el propósito de este libro consiste en problematizar la relación salud, y trabajo en los trabajadores de la salud y su relación con otras dimensiones que de manera directa o indirecta hacen a su identidad como persona y como trabajador de una institución pública que brinda un servicio. El texto busca dialogar con un público lector lo más amplio posible, de manera que se hizo un esfuerzo para que el material sea fácil de entender y comunicar.

En la Argentina y en particular en la Provincia de Buenos Aires existen pocos antecedentes de estudios que integren las categorías trabajo, empleo y condiciones de salud y ninguna con una muestra de hospitales públicos provinciales. En este sentido, el presente trabajo permite trazar una primera línea de base exploratoria sobre diferentes dimensiones de la relación salud-trabajo, tanto en la perspectiva tradicional de los niveles de exposición a factores de riesgo y de vulnerabilidad, como en cuanto a los problemas de salud percibidos y otras dimensiones presentes en la relación salud-trabajo. La investigación tuvo un primer momento donde se organizó la presentación y definición del marco conceptual, básicamente centrada en una revi-

1 - Se utiliza la denominación "servicios" como equivalente en la antigua nomenclatura a "terciario", es decir, según la clasificación tradicional de las actividades económicas en primaria (agricultura), secundaria (industria) y terciaria (comercio, transporte y servicios). No hay consenso en la literatura económica sobre la clasificación de los servicios; diferentes criterios pueden ser pertinentes como la intensidad de capital, el destino intermedio o final de la producción, el nivel de cualificación de los trabajadores y muchos otros. Véase al respecto: Sabolo (1975) y Elfring (1988), entre otros.

sión bibliográfica con particular énfasis en la identificación de estudios que abordasen las relaciones salud-trabajo en Latinoamérica. Como resultado de ese momento, se elaboró un instrumento que fue aplicado en la recolección de datos bajo una forma autoadministrada.

El trabajo de campo se extendió entre fines de 2010 y mediados de 2012, tomando como universo de estudio a trabajadores seleccionados de 18 hospitales localizados en el aglomerado Gran Buenos Aires, una de las zonas de mayor densidad demográfica de Argentina. Las categorías ocupacionales incluidas fueron las de profesionales, técnicos, administrativos y obreros.

Otra característica que corresponde presentar de la investigación, se refiere a la participación de la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires (CICOP), promotora y financiadora de la investigación en su totalidad. La llegada a buen puerto señala las potencialidades del trabajo articulado entre una universidad que produce conocimiento con base en problemas percibidos en el quehacer cotidiano de los colectivos de trabajadores y la tentativa de priorizar una discusión que coloque en el centro de la escena el debate sobre la salud de los trabajadores, con los propios trabajadores –por intermedio del sindicato– combinación poco usual.

Hecha la presentación al lector, queda planteada la invitación y el desafío de este texto: avanzar en el desarrollo de investigaciones que no solo señalen y visibilicen la situación actual, sino que también indiquen caminos para transformarla.

Fundamentos

Vivir y morir en el trabajo

El trabajo constituye un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de los individuos y colectivos, aunque también es fuente de accidentes, enfermedades y sufrimiento, que pueden comprometer la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores. El conocimiento acerca de las relaciones entre trabajo y salud, de los riesgos ocupacionales, de la organización del trabajo insalubre y de los grupos de trabajadores más vulnerables es fundamental para establecer medidas de promoción en vista de mejores condiciones de trabajo y bienestar.

La producción de datos y su posterior análisis a fin de transformarlos en información sirven de base para generar conocimientos sobre los procesos de morbilidad y mortalidad que, a su vez, son relevantes para la toma de decisiones. Pero existen dificultades de orden diverso en la producción de datos sobre enfermedades profesionales. Entre otras razones, esto está motivado por el diagnóstico deficiente y la ausencia de reconocimiento, por parte de la mayoría de los profesionales de la salud, de su relación con el trabajo (Epelman *et al.*, 1988). A su vez, en situaciones de precariedad laboral, tanto las enfermedades profesionales como los accidentes de trabajo pocas veces son informados por parte de los propios trabajadores (Santana, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) estima que en América Latina solamente son notificadas entre el 1% y el 5% de las enfermedades profesionales, ya que por lo general solo se tienen en cuenta aquellas que causan una incapacidad sujeta a indemnización; otras no son registradas por falta de reconocimiento de su relación con el trabajo (OPS/OMS, 2001). Esta situación denota la baja calidad de los sistemas de información, así como la limitada visibilidad del problema en muchos países, entre los que se incluyen Argentina (Epelman *et al.*, 1988; Dwyer, Elgstran y Petersson, 2010; Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006). La baja calidad de los datos sobre morbimortalidad se ve potenciada por los altos índices de trabajo informal, temporal, migrante y/o infantil que por lo general no es registrado (ILO, 2011). Los problemas en el registro de los eventos, los sistemas de información y el modo en

que las políticas públicas reflejan la problemática contribuyen a encubrir la compleja realidad de los riesgos en el trabajo.

El alcance de los datos internacionales: la punta del iceberg

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el número de óbitos vinculados al trabajo en el año 2008 fue de 2,34 millones en el mundo. De estos, 321.000 corresponden a accidentes y 2,02 millones a enfermedades relacionadas con el trabajo (Tabla 1). Es decir, cada día ocurren más de 6.300 muertes relacionadas con el trabajo (ILO, 2011) o más de 4 muertes por minuto en el mundo.

Tabla 1. Número de accidentes y enfermedades fatales relacionadas con el trabajo y tasa de mortalidad por accidentes de trabajo (por 100.000 trabajadores) en el mundo, 2008.

Año	Número de accidentes fatales en el trabajo	Coeficiente de mortalidad por accidentes en el trabajo	Cantidad de Enfermedades fatales
1998	334.870	13,9	-
2001	351.000	15,2	2,03 millones
2003	358.000	13,8	1,95 millones
2008	321.000	10,7	2,02 millones

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la International Labour Office (ILO), 2011.

El análisis de los accidentes fatales, según el sector ocupacional y el nivel de ingreso, muestra un aumento de la tasa de incidencia en los países con niveles de ingresos medios y bajos con respecto a los de altos ingresos para los sectores de industria, agricultura y servicios (Tabla 2). El sector de servicios muestra en todas las regiones las tasas más bajas de este tipo de accidente. Mediante una comparación regional de este sector, puede verse que el continente americano presenta una de las tasas más altas, después de África.

Tabla 2. Coeficiente de mortalidad por accidentes (por 100.000 trabajadores) según sector ocupacional, de acuerdo a agrupaciones regionales y nivel de ingreso, 2008.

Agrupaciones regionales	Coeficiente de mortalidad por sector ocupacional		
	Agricultura	Industria	Servicios
Países con altos ingresos (global)	10,2	4,3	1,6
Región africana*	18,9	21,1	17,7
Región de las Américas*	10,7	11,1	6,9
Región oriental del Mediterráneo*	20,0	10,1	5,3
Región europea*	19,1	10,3	4,5
Región del sudeste asiático y Pacífico occidental*	19,1	9,7	6,1

Fuente: International Labour Office (ILO), 2011.
*Países con niveles medios y bajos de ingresos.

Según estimaciones internacionales, las causas de mortalidad relacionadas con el trabajo corresponden a cáncer (29%), enfermedades transmisibles (25%), enfermedades del aparato circulatorio (21%), lesiones ocupacionales (14%), enfermedades respiratorias (7%), desordenes mentales (2%), enfermedades digestivas (1%), y enfermedades genitourinarias (1%) (International Labour Office, 2011).

Con respecto a los accidentes no fatales, las estimaciones internacionales indican que en el año 2008 se produjeron 317 millones, los cuales motivaron cuatro o más días de ausencia laboral; esto equivale a un promedio de 850.000 accidentes por día en el mundo (ILO, 2011). El 64% de los accidentes no fatales estimados ocurrieron en el sudeste asiático y los países del Pacífico oeste (ILO, 2011). En cuanto a las enfermedades profesionales, en un informe del 2003 la OIT estimó que se produjeron en el mundo 160 millones de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo; el cálculo contempló el subempleo y a aquellos desempleados que habían sufrido enfermedades causadas por su empleo anterior (OIT, 2003).

Las enfermedades fatales y los accidentes, a nivel internacional, suelen ser los eventos más visibilizados en lo que respecta a la morbilidad y mortalidad en el trabajo. Pero estos datos representan solo la punta del iceberg, en tanto queda oculta la información correspondiente a enfermedades profesionales no reconocidas como tales, o al trabajo informal. En los países periféricos, los elevados niveles de trabajo

informal y trabajo formal precarizado podría ser una de las causas de la ausencia de información. En situaciones de precariedad laboral, disminuyen las probabilidades de que el trabajador haya recibido capacitación, conozca los riesgos del trabajo que realiza e informe sobre sus enfermedades o lesiones (Santana, 2012). Al tener solo información sobre los trabajadores registrados, que a nivel mundial representan apenas dos tercios de la población económicamente activa, cabe preguntarse cuál es el impacto del trabajo en la salud de los trabajadores no registrados.

Morbimortalidad en el trabajo en la Argentina

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) es un organismo creado en 1995 por la Ley N° 24557, dependiente de la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Esta institución se encarga, entre otras funciones, de supervisar y fiscalizar el ejercicio de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), mantener el Registro Nacional de Incapacidades Laborales y elaborar los índices de siniestralidad[1].

De acuerdo a cifras de la SRT, durante el año 2010 se notificaron 630.766 casos[2] a los Registros de Accidentes y Enfermedades Laborales, de un total de 7.966.922 trabajadores cubiertos (Tabla 3) (SRT, 2010a). Estas cifran estarían marcando un aumento del número de casos con respecto a 1997, año en que fueron notificados 365.395 (SRT, 2010b). No obstante, si se analiza la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la tasa del año 2010 fue de 54,9 casos cada mil trabajadores cubiertos, y muestra un descenso con respecto a 1997 donde la tasa fue de 70,9 (SRT, 2010a).

1 - La etimología de la palabra viene del latín *sinister*. Reconoce varias acepciones, aunque probablemente haya sido utilizada originalmente para denominar la izquierda, siendo la derecha o diestra lo correcto, lo justo, y la siniestra lo negativo, lo malo. En el campo discursivo del derecho, es una concreción del riesgo cubierto en el contrato de seguro, que determina el nacimiento de la prestación del asegurador (Real Academia Española [RAE]).

2 - Se incluyen accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes *in itinere* y reagravaciones.

Tabla 3. Notificación de casos según tipo de evento. Argentina, 2010.

Tipo de evento	Casos
Accidente de trabajo (a)	466.565
Accidente *in itinere* (b)	111.608
Reagravación (c)	30.580
Enfermedades profesionales	22.013
Total	630.766

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la SRT, 2010a.
(a) Solo incluye accidentes en el lugar de trabajo.
(b) Lesión ocurrida en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo o viceversa.
(c) Reagravación de un accidente de trabajo y/o enfermedad profesional previamente notificados.

El análisis de los indicadores también muestra que hubo un abrupto descenso en la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales entre los años 2001 y 2003, que en el 2002 alcanzó el valor de 51,7 casos por mil trabajadores cubiertos, el más bajo de la serie histórica. Este marcado descenso coincide con la crisis económica, política y social en Argentina, cuando el índice de desocupación en el país había alcanzado un máximo histórico (Bertranou y Paz, 2007).

A partir del año 2004, la incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se mantiene estable hasta el 2008, cuando se registra un nuevo proceso de descenso que llega a 54,9 casos cada mil trabajadores cubiertos en el año 2010. En ese año, se notificaron 466.565 accidentes en el trabajo y 111.608 en el trayecto; asimismo, se notificaron 22.013 casos de enfermedades profesionales, número que como se mencionó anteriormente podría estar subestimado (Tabla 3). En el 2010 la SRT (2010a) registró, además, 871 casos de trabajadores fallecidos, de los cuales 491 fueron en ocasión del trabajo. A pesar de las limitaciones propias del registro, las cifras revelan que, en la Argentina, muere un trabajador cada dos horas a causa del trabajo y cada 15 segundos se produce un accidente laboral[3].

La mayoría de los accidentes de trabajo fatales en Argentina ocurren en la población masculina; solo el 6% de los casos corresponden a mujeres (Biasi, 2011). El grupo de edad entre 14 y 24 años registra las tasas más altas de accidentes laborales, tanto para hombres como para mujeres (Biasi, 2011). Asimismo, según datos de la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral de la Argentina, los trabajadores menos cualificados y los inmigrantes presentan los porcentajes más altos de accidentes y enfermedades laborales dentro del conjunto de los trabajadores (Iñiguez, 2010).

3 - La referencia es una jornada de trabajo de ocho horas diarias, en una semana de cinco días laborables.

Según la forma de ocurrencia de los casos notificados[4], cabe destacar que el 60% de las causas más frecuentes corresponden a pisadas[5], choques o golpes de objetos (31%), caídas de personas (18%) y esfuerzos excesivos (12%) (Tabla 4).

Tabla 4. Notificación de casos según forma de ocurrencia. Argentina, 2010.

Forma de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Pisadas, choques o golpes de objetos	196.318	31,1%
Caídas de personas	115.459	18,3%
Esfuerzos excesivos	78.336	12,4%
Atrapados por un objeto o entre objetos	22.563	3,6%
Caídas de objetos	22.266	3,5%
Exposición a/ o contacto con, temperaturas extremas	8.566	1,4%
Exposición a/ o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones	8.459	1,3%
Exposición a/ o contacto con, la corriente eléctrica	1.128	0,2%
Otras formas de accidente	153.016	24,3%
Sin datos	24.655	3,9%
Total	630.766	100%

Fuente: SRT, 2010a.

Los tres grupos de enfermedades más frecuentes, entre las que se encuentran las enfermedades del oído, osteomusculares y respiratorias, concentran el 77% de los casos (Tabla 5).

4 - Se incluyen accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes *in itinere* y reagravaciones.

5 - Acción de poner el pie sobre algo, en este caso supone "pisadas sobre objetos" según clasificación de la OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/class/acc/typeacc.htm [consulta: 21 mar. 2013].

Tabla 5. Enfermedades profesionales según principales diagnósticos de la lesión. Argentina, 2010.

Clasificación Internacional de Enfermedades (agrupada)	Cantidad	Porcentaje
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	7.255	33,0%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4.933	22,4%
Enfermedades del sistema respiratorio	4.817	21,9%
Traumatismos, envenenamiento y otras de causas externas	1.133	5,1%
Enfermedades del sistema nervioso	905	4,1%
Resto de diagnósticos	2.970	13,5%
Total	22.013	100,0%

Fuente: SRT, 2010a.

Al indagar sobre las posibles causas de dichas enfermedades y su vínculo con el trabajo, se encontró que algunas investigaciones internacionales identifican al ruido ocupacional como la principal causa de pérdida auditiva en la población adulta (Hernández Díaz, González Méndez, 2007; Ferrite, 2009). En Argentina, el ruido constituyó el agente causal del 32% de las enfermedades profesionales notificadas en el año 2010 (SRT, 2010a).

En el caso de las enfermedades osteomusculares, también conocidas como trastornos musculoesqueléticos o Lesiones por Esfuerzo Repetitivo (LER), la mayor parte de los estudios a nivel internacional reconocen entre sus principales causas los movimientos repetitivos, los esfuerzos localizados y las posiciones antiergonómicas (Gutiérrez Henríquez, Flores Rivera y Monzó Eyzaguirre, 2010; De Souza *et al.*, 2011; Almeida *et al.*, 2012; Muñoz Poblete, Venegas López, 2012). A su vez, se identifica a la lumbalgia, la tendinitis y cervicalgia como las más prevalentes de este grupo (Gutiérrez Henríquez, Flores Rivera y Monzó Eyzaguirre, 2010; Almeida *et al.,* 2012; Muñoz Poblete, Venegas López, 2012). La SRT (2010a) destacó que los movimientos repetitivos y las acciones forzadas constituyeron en el 2010 el 18,6% de los agentes causantes de enfermedades profesionales notificadas en Argentina.

Las enfermedades del aparato respiratorio conformaron el tercer grupo más informado a la SRT en el 2010 en el país (21,9% de los diagnósticos). Existe una amplia gama de trastornos respiratorios asociados al trabajo que abarcan el asma, la tuberculosis y las enfermedades producidas por la inhalación de polvo de diversa índole, denominadas neumoconiosis (Martínez González, Rego Fernández, 2000; Cascante, Hueto, 2005; López Espinosa *et al.*, 2005). Dentro de estas últimas se destaca

la silicosis, causada por la aspiración de polvo de sílice, y la asbestosis, causada por la inhalación de fibra de amianto (Gibbs, Berry, 2007; Artieda, Beloqui y Lezaun, 2005; ISC-UFBA, 2012). Algunos tipos de cáncer, como el mesotelioma, también asociado a la exposición a amianto, y el cáncer de pulmón producido por intoxicación por benceno (Carvalho *et al.*, 1995; Rodríguez, 2005) constituyen a su vez enfermedades respiratorias con alta prevalencia a nivel internacional, sobre todo en el sector industrial (Artieda, Beloqui y Lezaun, 2005; ISC-UFBA, 2012).

El problema en la provincia de Buenos Aires

La población de trabajadores formales cubiertos por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART), en la provincia de Buenos Aires, superó los 2 millones de trabajadores en el año 2010 (SRT, 2012). El total de notificaciones[6] para ese año fue de 226.281 casos (Tabla 6), de los cuales el mayor porcentaje (31,4%) corresponde a la categoría de servicios comunales, sociales y personales, que incluye, entre otros, a los trabajadores de la salud (SRT, 2010c). Los casos notificados más frecuentes en la provincia de Buenos Aires conciernen a accidentes en el lugar de trabajo (Tabla 6).

Si realizamos una comparación con la accidentabilidad nacional relacionada con el trabajo, se verifica que el total de notificaciones de la provincia representan el 35,9% del total nacional. Asimismo, en el año 2010 se registraron en Argentina 466.565 accidentes en el trabajo, de los cuales 161.980 ocurrieron en la provincia Buenos Aires (Tabla 6), cifra que representa el 34,7% del total nacional.

Tabla 6. Cantidad de notificaciones según tipo de evento.
Provincia de Buenos Aires, 2010.

Tipo de evento	Casos
Accidente de trabajo	161.980
Accidente *in itinere*	42.974
Reagravación	12.519
Enfermedades profesionales	8.808
Total	226.281

Fuente: Elaboración propia basada en SRT, 2010c.

Según la forma de ocurrencia de los eventos notificados, las pisadas, choques o golpes por objetos, junto con las caídas y los esfuerzos excesivos, son las causas más frecuentes (Tabla 7). La misma distribución se mantiene a nivel nacional.

6 - Accidentes de trabajo e *in itinere*, enfermedades laborales y reagravaciones.

Tabla 7. Número de notificaciones según forma de ocurrencia. Provincia de Buenos Aires, 2010.

Forma de ocurrencia	Casos	Porcentaje
Pisadas, choques o golpes por objetos	69.818	30,9%
Caídas de personas	38.373	17,0%
Esfuerzos excesivos	27.605	12,2%
Atrapados por un objeto o entre objetos	8.378	3,7%
Caídas de objetos	8.041	3,6%
Exposición a, o contacto con, temperaturas extremas	3.163	1,4%
Exposición a, o contacto con, sustancias nocivas o radiaciones	3.058	1,4%
Exposición a, o contacto con, la corriente eléctrica	292	0,1%
Otras formas de accidente	57.202	25,3%
Sin información para la variable	10.351	4,6%
Total	226.281	100,0%

Fuente: SRT, 2010a.

Los datos hasta aquí presentados señalan la necesidad de promover la producción de información, para dar cuenta de las condiciones de trabajo, que contribuya no solo a la gestión y planificación de las políticas públicas, sino también a que las propias organizaciones de trabajadores puedan ser subsidiarias de la producción de conocimiento. El poder responder de qué mueren y enferman los trabajadores y su relación con las condiciones y medio ambiente de trabajo sigue siendo una tarea pendiente. El rol del trabajo en la determinación de la salud es un tema aún pendiente en la agenda del Estado y de los trabajadores, y constituye así un desafío su incorporación en el debate sobre la relevancia de tener un trabajo digno y en condiciones adecuadas. Lo anterior exige problematizar las condiciones de insalubridad, de riesgos y de peligros sin cambiar salud por dinero.

El trabajo en salud y la salud de quienes trabajan

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera personal de salud a todas aquellas personas que realizan una actividad remunerada cuyo objetivo directo o indirecto es promover o mejorar la salud de la población (OMS, 2006). En el año

2006 había 59.220.000 trabajadores sanitarios en el mundo, cifra que representa una densidad de 9,3 trabajadores de la salud por cada mil habitantes (OMS, 2006). En América, la densidad de trabajadores sanitarios es de 24,8 por mil habitantes, la más alta comparada con el resto de los continentes (OMS, 2006). No obstante, los trabajadores de salud con funciones asistenciales[7] en nuestra región representan apenas el 57% del conjunto de trabajadores sanitarios, el porcentaje más bajo a nivel internacional (OMS, 2006). En América, se observa además que el sector salud concentra una proporción importante de toda la población trabajadora (OPS/OMS, 2012).

En Argentina, el número de trabajadores del primer semestre del 2012 en el sector salud alcanzaba un total de 805.842 trabajadores, según datos de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo y Empleo; equivalente al 4,4% de la población económicamente activa estimada en 18.369.196 personas para el mismo año. Este nivel de ocupación mantiene una tendencia creciente para los años 2004, 2008 y 2012 tanto para el sector público como para el privado[8]. Sin embargo, el crecimiento fue mayor para el período 2008-2012 (34,7%), en tanto que para el período 2004-2012 apenas aumentó en menos de la mitad (11,5%). De acuerdo a las categorías ocupacionales analizadas (Tabla 8), el número de trabajadores en el sector público ascendía a 316.165, de los cuales 215.154 eran no profesionales. Estas cifras muestran un predominio de los trabajadores no profesionalizados (56,2%) con respecto a las otras categorías ocupacionales en salud.

7 - No incluye los trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares.

8 - Datos no publicados aportados por la Subsecretaria de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo y Empleo.

Tabla 8: Cantidad de ocupados (promedios semestrales) en el sector salud. Argentina 2004, 2008 y 2012.

	I SEM. 2004	I SEM. 2008	I SEM. 2012	Var. 04-12	Var. 08-12
Total de ocupados	598.317	722.948	805.842	34,7%	11,5%
Sector público	269.157	293.403	316.165	17,5%	7,8%
Profesionales	102.629	99.428	101.011	-1,6%	1,6%
No profesionales	166.528	193.975	215.154	29,2%	10,9%
Sector privado	329.160	429.545	489.677	48,8%	14%
Patrón o empleador	25.997	31.475	28.820	10,9%	-8,4%
Cuenta propia	86.624	80.794	107.562	24,2%	33,1%
Profesionales	71.340	59.732	80.389	12,7%	34,6%
No profesionales	15.285	21.062	27.173	77,8%	29%
Asalariado	214.769	314.839	353.244	64,5%	12,2%
Profesionales	49.346	70.598	74.222	50,4%	5,1%
Registrados	25.172	34.622	37.141	47,5%	7,3%
No registrados	24.175	35.977	37.081	53,4%	3,1%
No profesionales	165.423	244.241	279.022	68,7%	14,2%
Registrados	110.314	186.262	220.995	100,3%	18,6%
No registrados	55.110	57.979	58.028	5,3%	0,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales.

Por otro lado, el conjunto de trabajadores ocupados tiene una proporción mayor en el sector privado (60,8%) que en el sector público. La distribución de ocupados según la formación también es mayor para el sector privado, tanto de los profesionales (38,3%), como de los no profesionales (22,5%).[9] En términos de densidad, se puede observar que en Argentina hay 31,6 médicos cada 10.000 habitantes, cifra que supera la mediana mundial, que es de 11,5 médicos cada 10.000 habitantes, y se asemeja a la densidad en Europa, que es de 33,3 médicos cada 10.000 habitantes. Asimismo, la densidad de odontólogos en el país es de 9,2 cada 10.000 habitantes, cifra que también supera la mediana mundial, estimada en 1,9 odontólogos cada 10.000 habitantes, y la europea, que es de 4,9 odontólogos cada 10.000 habitantes (Tabla 9).

La alta densidad de médicos y odontólogos en Argentina contrasta con la de enfermeros (profesionales y licenciados) y parteras, que es de 4,8 cada 10.000 habitantes.

9 - Datos no publicados aportados por la Subsecretaria de Programación Técnica y Estudios Laborales del Ministerio de Trabajo y Empleo.

Este dato es considerablemente inferior a la mediana mundial, de 28,4 enfermeros y parteras cada 10.000 habitantes (Tabla 9). Aun incluyendo en el cálculo a los auxiliares de enfermería, la densidad de enfermeras y parteras en Argentina alcanzaría 19 cada 10.000 habitantes[10], cifra que sigue estando muy por debajo de la mediana mundial.

Tabla 9. Densidad (por 10.000 habitantes) de personal sanitario. Cifras mundiales, 2000-2010.

Densidad por 10.000 habitantes	Médicos	Enfermeras y parteras	Odontólogos	Farmacéuticos
Mediana mundial	11,5	28,4	1,9	2
Región de África	2,3	10,9	0,3	0,8
Región de las Américas	22,5	61,5	12	6,9
Región de Asia suboriental	5,4	13,3	0,7	3,8
Región de Europa	33,3	74,7	4,9	5,4
Región del Mediterráneo oriental	11	15,4	2	4
Región del Pacífico occidental	14,5	20,3	1,4	3,9
Argentina	31,6	4,8	9,2	5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS, 2011.

Según datos del Censo 2001, en Argentina la mayoría de las categorías profesionales en salud presentan un predominio del sexo femenino, con un 57,8% del total de profesionales (Tabla 10). De acuerdo a este censo, en el caso de Medicina, a pesar de contar con un 61% de varones, se observa un aumento del porcentaje de mujeres en los grupos de edad más jóvenes (entre 20 y 29 años), en contraste con el predomino de varones en los grupos de mayor edad (Abramzón, 2005). Este proceso de feminización de la profesión médica ya se verificaba en la década de los ochenta en la provincia de Buenos Aires, donde el 54% de la población médica entre 25 y 34 años eran mujeres (Katz, Muñoz, 1988). En Enfermería, profesión históricamente femenina, se observa un ligero proceso de masculinización, donde el porcentaje de mujeres se reduce del 95% en las mayores de 65 años al 77% en el grupo de 20 a 29 años de edad los brindados por la investigación de Abramzón (2005).

10 - Para el cálculo de la densidad de enfermeras profesionales, licenciadas y auxiliares, junto con parteras, se tomaron los valores absolutos presentados en la investigación de Abramzón (2005) y la población Argentina del año 2004, estimada en 38.226.051 habitantes (Dirección de Estadísticas e Información de Salud [DEIS], 2006).

Tabla 10. Distribución de la población de trabajadores mayores de 20 años con ciclo universitario completo por sexo y carrera. Argentina, 2001.

Categorías profesionales	Varones		Mujeres		Total
	N	%	N	%	
Bioquímica	6.012	30,4	13.762	69,6	19.774
Enfermería (a)	1.954	15,5	10.660	84,5	12.614
Farmacia	6.577	31,1	14.600	68,9	21.177
Fonoaudiología	118	1,5	7.806	98,5	7.924
Kinesiología	3.332	28,0	8.576	72,0	11.908
Medicina	73.914	61,0	47.162	39,0	121.076
Nutrición	139	3,0	4.515	97,0	4.654
Obstetricia	32	0,8	3.954	99,2	3.986
Odontología	15.118	42,1	20.826	57,9	35.944
Psicología	7.501	16,0	39.430	84,0	46.931
Veterinaria	13.259	77,5	3.844	22,5	17.103
Total	127.956	42,2	175.135	57,8	303.091

Fuente: Elaboración propia basada en Abramzón, 2005.
(a) Incluye solo enfermeras/os con carrera universitaria completa.

Estos profesionales se distribuyen geográficamente en forma asimétrica, con alta concentración en los grandes centros urbanos. Así, se observa que en el 2004 el 55% se encontraba en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la provincia de Buenos Aires, distritos que concentraban, en 2001, el 46% de la población del país. Estas asimetrías se profundizan en profesiones como Medicina, donde se observa una relación de 90 habitantes por médico en la CABA, en contraste con 677 habitantes por médico en Formosa, 668 en Misiones o 635 en Santiago del Estero. Asimismo, la razón médicos/enfermeros universitarios muestra una relación de 10 a 1 en todo el país, y llega a una razón máxima de 19 médicos cada un enfermero en la Ciudad de Buenos Aires (Abramzón, 2005).

Trabajar en salud: objeto de trabajo, estructura organizacional y situación laboral

El campo de la salud se compone de redes de relaciones entre actores con autonomía relativa donde los actores disputan los capitales en juego, sea para incrementarlos o para consolidarlos. El campo es producto y productor de actores individuales

y/o colectivos. Está caracterizado por la concentración de capital económico, los problemas de financiamiento, la persistencia de estructuras administrativas arcaicas, las limitadas capacidades de gestión y gobierno, el elevado número de trabajadores con importantes niveles de autonomía, así como el alto consenso en la población con respecto al valor de sus prácticas. Su singularidad reside en que su objeto –la salud– es de difícil definición y los procesos de trabajo tienen características muy particulares (Spinelli, 2010).

Trabajar en salud entraña entre otras cosas insertarse en una estructura organizacional con altos niveles de autonomía en la base, así como procesos de trabajo que se extienden los 365 días del año, y que, como implica lidiar con la vida, la muerte y el sufrimiento, pone en juego el proyecto de vida de los trabajadores, los significados y sentidos del proceso de trabajo, sus valores e ideologías (Spinelli, 2010). Las particularidades del trabajo en salud nos hablan además de un producto que no puede ser desvinculado del trabajador que lo ejecuta, porque se realiza en el proceso de prestación de servicio (Marsiglia, 2011), "trabajo vivo en acto" lo calificará Merhy (2006). A diferencia de lo que ocurre en el trabajo fabril –manual–, en salud el acto de producción y de consumo ocurren al mismo tiempo. Así, productores y consumidores son agentes activos que despliegan sus representaciones, conocimientos, expectativas y necesidades, en el proceso de trabajo en salud (Merhy, 2006).

Las organizaciones de salud, y los propios trabajadores, no suelen problematizar estas características y funcionan con "falsos supuestos", como el de concebir a las personas como sujetos cartesianos, entender la organización como una estructura piramidal, invisibilizando la autonomía de los trabajadores en la base[11], o pensar a los trabajadores como manuales (Spinelli, 2010).

El trabajo en salud en las últimas décadas ha estado marcado por la erosión de la ética del servicio público con la importación de valores comerciales (Novick, Galin, 2003). Esta importación está siendo marcada por restructuraciones productivas, signadas por un modelado de la gestión del cuidado en salud que prioriza la medicina tecnológica, mercantil y un perfil de profesional liberal (Merhy, 2006). De esta manera, el campo podría estar reproduciendo lógicas alienadas, que impactan en el proceso de trabajo y la salud de los trabajadores. Esta alienación se expresa en una pérdida de vínculos del trabajador con la organización, con sus compañeros, con los pacientes, y con el trabajo mismo (Spinelli, 2010).

La situación del trabajo en salud en Argentina muestra que para el año 2002 existía un elevado porcentaje de trabajadores asalariados; en el caso de los menores de 40 años, por lo general contaban con contratos precarizados (Novick, Galin,

11 - Esto se encuadra en lo que Mintzberg (2001) define como "Burocracia Profesional" y que será desarrollado más adelante.

2003). Al considerar la totalidad del sector, el 70% se desempeña exclusivamente como asalariado, el 10% como cuentapropista, y un 20% tiene múltiples fuentes de ingresos; en el caso de los profesionales, el 35% tiene más de una fuente de ingresos (Novick, Galin, 2003). Un estudio multicéntrico sobre condiciones de trabajo y salud destaca que para el 2010 en Argentina, el 55% de los médicos tenían más de un empleo, porcentaje que llegaba al 80% en el grupo entre 31 y 50 años (OPS/OMS, 2012).

En el año 2002, según datos de la Encuesta de Mercado de Trabajo en el sector salud, se percibía una marcada heterogeneidad en los ingresos por sexo y categoría ocupacional. Las categorías ocupacionales más desfavorecidas se encontraban entre el personal operativo, en primer lugar, y los técnicos; lo mismo se observaba para las mujeres. También se mostró un menor nivel de ingresos de los trabajadores de salud del conurbano bonaerense con respecto a los de CABA (Novick, Galin, 2003).

Novick y Galin (2003) destacan una tendencia, desde finales del siglo pasado, al deterioro de las condiciones de empleo y trabajo en el campo de la salud. Esto se pone de manifiesto en el aumento del pluriempleo, tal y como señalábamos antes, pero también en la extensión de la jornada laboral, la flexibilización de los modos de contratación (contratos temporales, pasantías y trabajo *ad honorem*) y de la organización del trabajo (subcontratación y tercerización), procesos que forman parte de políticas de reformas sectoriales que descuidan su impacto en la fuerza de trabajo. Todo ello se pone de manifiesto en un aumento de la vulnerabilidad del colectivo de trabajadores, al subordinarse a las reglas de múltiples empleadores, en desmedro de su vida fuera del trabajo y su desarrollo profesional.

Las reformas de carácter neoliberal de la década del noventa también incidieron en el derecho a la salud de los trabajadores. En Argentina, en el año 1995, con la sanción de la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24557, surgieron las aseguradoras privadas (ART), encargadas de gestionar la prevención y reparación de los daños causados por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se instaló entonces un sistema que profundizó la lógica de la monetarización del riesgo y alejó la participación de los trabajadores en la promoción de su salud y en la prevención de los daños. Además, se excluyó de este régimen a los trabajadores no registrados, dado que la cobertura de las ART alcanzaba solo a los trabajadores en blanco.

La reciente reforma al régimen de accidentes de trabajo mantiene la misma lógica, pone el foco en el aumento de las indemnizaciones, con la fijación de un coeficiente de actualización semestral. Pero restringe a los trabajadores a elegir entre la indemnización ofrecida por la ART o ir a juicio. En caso de optar por acudir a la justicia, deberá hacerlo en el fuero civil y no en los tribunales de trabajo, derecho que habían ganado los trabajadores desde décadas atrás.

Otras dimensiones del proceso de trabajo

Según Assunção y Jackson Filho (2011), el trabajo en salud está marcando contradicciones entre las nuevas exigencias del proceso de atención, los criterios de gestión y la realidad de funcionamiento de los servicios. La falta de personal para algunas áreas, la extensión de las jornadas de trabajo, el pluriempleo, la escasez de recursos materiales y los bajos salarios de algunas ocupaciones serían algunas de las causas que obstaculizan el funcionamiento cotidiano de las instituciones de salud. Con respecto al proceso de atención, el trabajo en salud se ve influenciado por el aumento en el número de usuarios, así como por el cambio en los perfiles demográficos y la heterogeneidad de patrones de vida de quienes acuden a los servicios de salud; esta heterogeneidad tiene que ver con asimetrías en el acceso a factores protectores, como educación, vivienda y políticas de promoción de salud (Assunção, Jackson Filho, 2011).

Un estudio de la OPS/OMS (2012) pone de manifiesto que en Argentina el 26% del personal médico y de enfermería percibe sus condiciones de trabajo como malas o muy malas, y un 39% las considera regulares. Esta percepción se considera más negativa que la de países como Brasil, Costa Rica y Perú (OPS/OMS, 2012). En cuanto a la organización del trabajo, este mismo estudio destaca que en Argentina el 20% de los médicos y enfermeros trabajaban más de 48 horas semanales (OPS/OMS, 2012), más de lo que establece la jornada laboral legal en el país (Ley 11544). Se encontró, además, que el 58% de los enfermeros y el 60% de los médicos perciben que las tareas que realizan son complejas y la carga de trabajo –ritmos, intensidad y turnos– alta. Por otra parte, el 20% de los médicos y enfermeros tiene turnos de trabajo rotativos (OPS/OMS, 2012). Con respecto a las características de la tarea, el 72% de los médicos y el 70% de los enfermeros consideran que se enfrentan de manera frecuente o muy frecuente a tareas con elevada carga emocional; a su vez, el 62% del personal de enfermería y el 57% del personal médico refieren tener tareas que demandan carga física frecuente (OPS/OMS, 2012).

En el caso del personal de enfermería, un estudio de base cualitativa realizado en Brasil destaca algunas particularidades de los ritmos y turnos de estos trabajadores: descansos que no necesariamente coinciden con fines de semana; ninguna semana se parece a otra en cuanto a frecuencias de trabajo, horarios diurnos y nocturnos; condiciones que demandan una organización también peculiar en el interior del hogar (Osorio *et al.*, 2011). Estas situaciones influyen en aspectos de la vida del trabajador como sus hábitos alimentarios o los períodos de sueño.

A pesar de los amplios márgenes de autonomía y de la creatividad que suelen desplegar los trabajadores en su actuar cotidiano, en muchos casos su actividad es referida como limitada y en ocasiones imposibilitada por la elevada demanda (Assunção, Jackson Filho, 2011). Muchos trabajadores se perciben sobrepasados y

manifiestan tener la impresión de no conseguir hacer frente a las necesidades de los pacientes o estar atendiendo solo la urgencia, lo cual a su juicio afecta la calidad de la atención y su propia salud (Assunção, Jackson Filho, 2011).

La realidad antes descrita nos habla de un trabajador sobredemandado, polivalente y multifuncional (Marsiglia, 2011; Novick, Galin, 2003), situaciones que sin duda redundan en la calidad de la atención y en la salud de los propios trabajadores. La calidad del trabajo en salud depende en gran medida de la capacidad de formar equipos, así como de "la forma con que el sistema enfrenta las necesidades y la subjetividad de los trabajadores" (Assunção, Jackson Filho, 2011, p. 51). Los equipos suelen utilizar cotidianamente un saber construido en la experiencia, para enfrentar situaciones donde los recursos que ofrece la organización son insuficientes (Osorio *et al.*, 2011). Esta forma de funcionamiento cotidiano en muchas ocasiones redunda en el sufrimiento, así como en el desgaste físico y psíquico, del trabajador, con repercusiones concretas para su salud, que analizaremos más adelante. El trabajo en equipo y las relaciones de cooperación en el interior de las instituciones de salud suelen ser buenos aliados para los trabajadores.

Las relaciones intersubjetivas: instrumentos básicos del trabajo en salud

Para el análisis de los medios e instrumentos de trabajo en salud, acudimos al concepto de tecnologías desarrollado por Merhy (2006) –e iniciado antes por Mendes-Gonçalves (1988)–, en el que se las concibe en un amplio espectro que incluye las máquinas, instrumentos y estructuras organizacionales (tecnologías duras); los saberes (tecnologías duras-blandas), y las relaciones (tecnologías blandas). La inclusión de los saberes y los vínculos como parte de las tecnologías constituye en parte la novedad de su propuesta, al criticar a la medicina tecnológica, que sostenía la idea de transición tecnológica, fragmentación del cuidado, gestión competitiva y racionalización de costos. Para Merhy (2006), las tecnologías en salud son tecnologías de producción de cuidado, proceso en que el trabajo humano pasa a ser insustituible y los vínculos adquieren total relevancia.

La centralidad del aspecto relacional en el proceso de trabajo entraña las relaciones con los usuarios, pero también del trabajador con sus pares y superiores. Estas características del trabajo en salud demanda al trabajador que se involucre afectiva, corporal e ideológicamente en el proceso de trabajo. La naturaleza y calidad de estos vínculos e interacciones definen los límites y posibilidades de solidaridad, cooperación y asistencia. La dimensión relacional e intersubjetiva en el trabajo en salud requiere alta exigencia psíquica de los trabajadores, a la vez que constituye una fuente de desgaste para ellos (Marsiglia, 2011; Sá, Carreteiro y Fernandes, 2008). El

deterioro de las relaciones se pone en evidencia en el aumento de situaciones de violencia entre trabajadores y usuarios, y entre los propios pares, situaciones que como veremos más adelante influyen en la salud mental de los trabajadores.

Las limitadas interlocuciones entre los equipos y las representaciones mutuas entre los propios trabajadores suelen desencadenar conflictos que interfieren en el desarrollo cotidiano del trabajo. Una muestra de esto es la forma en que un equipo de enfermería en Brasil resume esas relaciones: "Sentir en la piel algunas discriminaciones […], sentir que en algunos casos el equipo médico te mira como de arriba para abajo" (Osorio *et al.*, 2011, p. 100). El ejemplo anterior habla de una rigidez en las jerarquías, relacionadas con las divisiones que producen los distintos saberes profesionales que se encuentran en juego en el hospital.

Hasta aquí, hemos visto que la situación laboral, la organización del trabajo, así como las dinámicas de demanda, control y apoyo social, no solo definen la calidad del trabajo, sino que también impactan en la salud de los trabajadores. Envueltos en situaciones cotidianas emocionalmente intensas, el apoyo social proveniente de gestores y colegas puede ayudar a los trabajadores a alcanzar los equilibrios necesarios (Assunção, Jackson Filho, 2011). A continuación haremos una breve sistematización de los principales problemas de salud que viven los trabajadores del campo, según la bibliografía, situación que tiene un importante vínculo con las características del trabajo en el sector.

Cuando la salud está en juego

La complejidad del trabajo en salud hace posible observar una amplia diversidad de problemas que van desde las lesiones físicas hasta el sufrimiento mental. Múltiples investigaciones dan cuenta de la magnitud de esta problemática en la región (Domínguez *et al.*, 2012; Jungerman *et al.*, 2012; OPS/OMS, 2012; Wright *et al.*, 2012; Assunção, 2011; Hooten, Bruce, 2011; Lancman *et al.*, 2011; García, Höfelmann y Facchini, 2010; Posenato García, Facchini, 2009; Wallace, Lemaire y Ghali, 2009; Paredes, Sanabria-Ferrand, 2008; Tomasi *et al.*, 2008; Warley *et al.*, 2006; Fink *et al.*, 2005; Jackson, Ashley, 2005; Salas Zamora, 2005; Contrera-Moreno, Contrera-Moreno, 2004; Noriega *et al.*, 2004; Paravic Klijn, Valenzuela Suazo y Burgos Moreno, 2004; Prüss-Üstün, Rapiti y Hutin, 2003; Hughes, 1992; Gravenstein, Kory y Marks, 1983; Bruce *et al.*, 1974).

Estudios recientes destacan los accidentes, los problemas osteomusculares[12] y los riesgos psicosociales como los principales problemas asociados con el proceso de trabajo en salud (Assunção, 2011; OPS/OMS 2012; Rodríguez, 2005).

12 - También denominados trastornos musculoesqueléticos o Lesiones por Esfuerzo Repetitivo (LER).

La mayoría de los problemas osteomusculares, como las lumbalgias (OPS/OMS, 2012; Rodríguez, 2005), suelen estar asociados a esfuerzos físicos característicos del proceso de trabajo: movimientos y traslados de pacientes, períodos prolongados de pie o intervenciones quirúrgicas que requieren una posición inadecuada por parte de los trabajadores; algunas actividades que implican el manejo de equipamiento o el mantenimiento de la postura sentada pueden provocar otros daños en los miembros superiores, cuello y espalda. Este tipo de tareas se observan con mayor frecuencia en el personal de enfermería, fisioterapeutas, técnicos, cirujanos y personal de mantenimiento (Assunção, 2011). Los problemas de salud a causa del esfuerzo físico han sido estudiados desde hace varias décadas, como refleja un estudio de 1981 en Brasil, que destacaba el desgaste de los trabajadores del hospital al realizar esfuerzos como el transporte de pacientes en cama (Marsiglia, 2011).

Una encuesta realizada en Inglaterra a 75.000 trabajadores sanitarios destaca que el 42% de las lesiones que se producen en estos trabajadores son musculoesqueléticas (Rodríguez, 2005). Es interesante resaltar cómo la intensidad del trabajo, la falta de instrumental adecuado para la atención, las limitaciones de espacio o el diseño ergonómico deficiente constituyen algunos de los principales riesgos percibidos por médicos y enfermeras (OPS/OMS, 2012), situaciones que pudieran resultar desencadenantes de los problemas antes descriptos.

Entre los tipos de accidentes más frecuentes en trabajadores sanitarios se destacan las lesiones por material punzocortante, las fracturas y luxaciones por caídas y los accidentes con material biológico o químico (Assunção, 2011; OPS/OMS 2012). A nivel mundial, se estima que más de tres millones de trabajadores de la salud están expuestos anualmente a objetos punzocortantes contaminados con el virus de la hepatitis B (VHB), de la hepatitis C (VHC) o de la inmunodeficiencia humana (VIH). Un estudio publicado por la OMS (Prüss-Üstün, Rapiti y Hutin, 2003) estimó que en América[13] se producen más de dos lesiones punzocortantes al año en cada trabajador de la salud. Estos datos coinciden con los principales riesgos percibidos por médicos y enfermeros, según un estudio realizado en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú (OPS/OMS, 2012). Por otra parte, se estima que, a nivel mundial, alrededor del 4,4% de las infecciones por el VIH y el 37% de las infecciones por VHB, entre los trabajadores de la salud, pueden ser atribuibles a lesiones por objetos punzocortantes (Prüss-Üstün, Rapiti y Hutin, 2003).

En un estudio realizado en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre los años 2000 y 2005, se registraron 281 exposiciones a fluidos biológicos en trabajadores de la salud, donde los médicos residentes fueron los más afectados (34%), seguidos por los médicos no residentes (19%) y los enfermeros (14%) (Fink

13 - Según las agrupaciones de la OMS, se excluyeron, en el análisis de esta región, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú, Canadá, Cuba y Estados Unidos de América.

et al., 2005). Otro estudio realizado en un hospital de la provincia de Buenos Aires, entre 1999 y 2003, mostró, sobre un total de 128 exposiciones ocupacionales, 8 casos de exposición al VHC con un caso posterior de seroconversión[14] (Warley *et al.*, 2006). Asimismo, una investigación realizada en Brasil evidenció una mayor incidencia de exposición a fluidos sanguíneos en aquellos trabajadores que reportaban mayores exigencias laborales e inadecuadas condiciones de trabajo (Posenato García, Facchini, 2009). Lo anterior nos permite pensar la forma en que las condiciones y el ambiente de trabajo se constituyen en determinantes de algunos problemas de salud. Consideramos relevante destacar este vínculo como una forma de trascender la perspectiva de individualización del riesgo (Breilh, 2007), que deposita la culpa en el trabajador. Esto es común en el caso de los accidentes punzocortantes, generalmente interpretados como producto de un error o un descuido, incluso por los propios trabajadores.

Pero en los hospitales existen otro tipo de riesgos que. aunque menos visibles, por su exposición cotidiana pueden llegar a tener graves consecuencias para la salud de los trabajadores. Actividades como la esterilización, medicación de pacientes, desinfección, manutención de equipos o realización de exámenes radiológicos, involucran diversos agentes físico-químicos nocivos para la salud: óxido de etileno, óxido nitroso, formaldehído, hipoclorito de sodio, gases anestésicos, antisépticos, polvos o radiaciones ionizantes. Estas sustancias provocan una amplia gama de enfermedades, como alergias, dermatosis, enfermedades renales, infertilidad o cáncer (Assunção, 2011; Rodríguez, 2005). En Argentina, por ejemplo, se ha incorporado el aborto espontáneo al listado de enfermedades profesionales provocadas por el óxido de etileno (Rodríguez, 2005).

Con relación a los riesgos psicosociales, su visibilidad ha aumentado en las últimas décadas, y en la actualidad constituyen uno de los principales problemas que atañen a la salud de los trabajadores de la salud. Esto cobra relevancia en el marco de la centralidad que ocupan las relaciones en el proceso de trabajo en salud. Así, la sobrecarga de tareas, la vivencia de situaciones emocionalmente intensas, el maltrato o la violencia son los trazadores de un grupo importante de trastornos mentales, como depresión, *burnout*, estrés y abuso de drogas (Wallace, Lemaire y Ghali, 2009; Noriega *et al.*, 2004). Este tipo de problemáticas constituyen en Brasil la tercera causa de deserción en el trabajo, solo superada, como se mencionó antes, por los problemas osteomusculares y los accidentes de trabajo (Lancman *et al.,*2011; García, Höfelmann y Facchini, 2010).

El estrés en el trabajo sanitario puede ser consecuencia de situaciones tan

14 - Seroconversión: demostración de la presencia de anticuerpos específicos para un antígeno concreto en el suero de un individuo, previamente negativo para dicha especificidad antigénica. En este caso, correspondería a la presencia de anticuerpos positivos luego de la exposición al virus de la hepatitis C en un individuo previamente negativo.

variadas como el calor, el esfuerzo físico, las posiciones forzadas, el trabajo de alta responsabilidad, las elevadas demandas y la falta de reconocimiento. Este tipo de circunstancias, sumadas a situaciones domésticas, como el mayor número de hijos, tener pareja o la falta de ayuda en las tareas del hogar, podrían redundar en un aumento del riesgo de sufrimiento mental en el caso de las mujeres (Noriega *et al*., 2004).

El deterioro en las relaciones sociales en el proceso de trabajo se pone en evidencia, como decíamos antes, con la presencia de violencia entre pares, entre jefes y subordinados, así como entre el personal de salud y los usuarios, y tiene manifestaciones tanto físicas como psicológicas (Pasos de Oliveira y Oliveira Nunes, 2008). Lo que sucede en el trabajo, al decir de Lancman *et al.* (2011), es atribuible al funcionamiento y estructuras de los servicios de salud e impacta, sin dudas, en la vida y la salud de los trabajadores. En salud se viven las situaciones de violencia por partida doble, sea la vivencia de situaciones violentas por parte de los trabajadores, sea por el hecho de atender a las víctimas de violencias (Lancman *et al.,* 2011). Diversos estudios dan cuenta de la vivencia de situaciones violentas en servicios de salud, que pueden ir desde tono de voz alto, insultos, humillaciones, asedio sexual, *mobbing*, hasta agresiones físicas (Paravic Klijn, Valenzuela Suazo y Burgos Moreno, 2004; Contreras-Moreno, Contreras-Moreno, 2004; Jackson y Ashley, 2005). Esta problemática suele traer como consecuencia para la salud del trabajador trastornos del sueño, disturbios psicosomáticos, ansiedad, estrés y depresión (Contrera-Moreno, Contrera-Moreno, 2004). En el 2010 en la Argentina, el 78% de los médicos y el 60% de las enfermeras reconocieron haber vivido situaciones de violencia; un porcentaje mayor que el de países como Brasil (42% de los médicos y 49% de las enfermeras), Costa Rica (46% de los médicos y 41% de las enfermeras) y Perú (17% de los médicos y 22% de las enfermeras), que, por sí mismos, ya muestran cifras elevadas (OPS/OMS, 2012). Además, el 24% de los médicos y el 19% de los enfermeros en Argentina país refirieron la vivencia de episodios de violencia física (OPS/OMS, 2012). Un estudio realizado en Brasil destaca que los guardias de seguridad y porteros de los centros asistenciales son trabajadores especialmente vulnerables a la violencia, particularmente externa, por el hecho de estar expuestos a situaciones límites y presiones por parte de usuarios y acompañantes (Lancman *et al.*, 2011). En el caso del personal de enfermería, son más vulnerables a la violencia entre pares, la discriminación y la responsabilización por situaciones que a veces trascienden sus atribuciones; en cuanto al equipo médico, se percibieron formas de violencia entre pares de jerarquías distintas, como médicos y residentes (Lancman *et al.*, 2011).

El *mobbing* constituye una de las formas que adopta el fenómeno de la violencia en el trabajo; traducido al español como acoso laboral[15]. El origen del término

15 - Las diversas denominaciones convergen conceptualmente en la actualidad de manera que se ha instalado la utilización del término *bullying* para la lengua inglesa; *harcèlement moral* para el francés; *assédio*

data de la década de los ochenta cuando el psicólogo H. Leyman lo definió como un comportamiento hostil reiterado en el lugar de trabajo (Salas Zamora, 2005). Un estudio sobre acoso laboral en trabajadores de la salud en Ceuta (España) revela que el 75,1% de los trabajadores sufrió algún tipo de acoso; además, un 11,4% refirió situaciones extremas, como limitación de la comunicación y del contacto social y/o desprestigio profesional y personal (Domínguez *et al.*, 2012).

Algunas manifestaciones del sufrimiento mental, como la depresión, las adicciones, el estrés o el llamado *burnout*, constituyen expresiones que tienen su origen en las malas condiciones y en la falta de problematización del proceso de trabajo en salud. El síndrome de *burnout*, ampliamente estudiado en este tipo de trabajadores, fue descripto por primera vez en 1974 por el psicólogo estadounidense H. Freudenberger[16], en un estudio realizado con personal sanitario. El concepto fue desarrollado más tarde por la psicóloga social C. Maslach, quien en 1986 –y sobre la base de un análisis de profesiones asistenciales– destacó la despersonalización, el agotamiento emocional y la baja realización personal como sus principales dimensiones (Paredes, Sanabria-Ferrand, 2008).

El estudio de OPS/OMS antes mencionado (2012) sobre condiciones de trabajo y salud observó que los médicos y enfermeros de Argentina presentaban los porcentajes más altos de *burnout* en comparación con el resto de los países, llegando al 59% y 55% respectivamente. Otro trabajo realizado en Brasil detectó una prevalencia de *burnout* entre el 25% y 70% de los profesionales de atención primaria de salud (Tomasi *et al.*, 2008); Estados Unidos de América y Europa registran que este síndrome afecta entre un 25% y 60% de los médicos, y puede llegar a 75% en residentes de medicina (Wallace, Lemaire y Ghali, 2009).

Sobre la problemática de las adicciones, ya en los años setenta R. Dash daba cuenta del consumo de sustancias opiáceas entre el personal de salud. Investigaciones posteriores reportan un aumento de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en enfermeras anestesistas y anestesiólogos (Gravenstein, Kory y Marks, 1983; Hooten, Bruce, 2011; Wright *et al.*, 2012). Una investigación reciente revela que los anestesiólogos tienen 1,45 más probabilidad de morir por suicidio y 2,79 más de morir por alguna causa relacionada con las drogas que las demás especialidades (Jungerman *et al.*, 2012). Esta problemática ya se observaba en décadas anteriores, cuando un análisis de las causas de muerte en anestesiólogos entre 1967 y 1971, en Canadá y Estados Unidos de América, evidenciaba como segunda causa el suicidio entre este grupo de trabajadores (Bruce *et al.*, 1974).

Como se ha visto hasta aquí, los trabajadores de la salud están expuestos a una

moral para el portugués y *acoso moral* para el español.

16 - Freudenberger H. Staff Burnout. Journal of Social Issues. 1974;30:159-165.

amplia variedad de riesgos asociados a las particularidades del trabajo en salud. Problemáticas como el pluriempleo, la precarización laboral para algunas ocupaciones y grupos etáreos, la vulnerabilidad a accidentes y enfermedades producidas por agentes químicos, físicos y biológicos, así como el proceso de desgaste físico y psicológico producto de la vivencia de situaciones complejas y emocionalmente intensas, son algunos de los elementos que vulneran la salud de los trabajadores del sector. Sin embargo, resulta llamativa la ausencia de estos temas en la discusión cotidiana de los trabajadores de la salud, a pesar de que está implícita la idea de que las enfermedades, las licencias por "carpeta psiquiátrica" o por estrés están relacionadas con el trabajo (Spinelli, 2010).

En contraposición, sí se discuten en ateneos casos clínicos puntuales y en ocasiones poco frecuentes. Mientras, el tema de la salud y enfermedad en los propios trabajadores aparece como anécdota, o se simplifica con categorías diagnósticas, como *burnout* o *acoso moral*, a modo de explicación totalizadora, y no se problematiza el trabajo como un determinante de este proceso (Spinelli, 2010).

Estado del arte

Primeras aproximaciones a la problemática de salud y trabajo

En la Antigüedad, Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.) realizó extensas disertaciones sobre la influencia del ambiente, el trabajo y los modos de vida en la salud de las personas. En su obra *Sobre los aires, aguas y lugares* (Hipócrates, 1994), analizó cómo las formas que adoptaba el trabajo de la época condicionaban la constitución física de hombres y mujeres, así como las enfermedades que contraían.

En 1700, el médico italiano B. Ramazzini (1633-1714) escribió el primer libro que sistematiza las enfermedades de los trabajadores de 53 profesiones de la época: *De Morbis, Artificum Diatriba*. En él destacó la importancia de tomar en cuenta las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores, quienes, a su juicio, eran los proveedores de las riquezas del Estado y las ciudades (Araujo-Álvarez y Trujillo-Ferrara, 2002). Ramazzini define dos tipos fundamentales de causas de las enfermedades asociadas al trabajo: una, referida a la existencia de agentes químicos, gases y polvos tóxicos; y otra, a movimientos, ritmos y posturas no naturales (Araujo-Álvarez y Trujillo-Ferrara, 2002). Su método de estudio consistía en una serie de pasos que pueden resumirse en: a) descripción de la tecnología utilizada por el trabajador; b) examen clínico; c) revisión y complementación teórica de lo observado; y d) recomendaciones para evitar la aparición futura de estas enfermedades (Araujo-Álvarez y Trujillo-Ferrara, 2002). Esto último constituye un elemento esencial, al poner el acento en las medidas de prevención, individuales y colectivas.

Ramazzini con sus investigaciones colocó al trabajo como determinante de un grupo importante de enfermedades; en este sentido, propuso incluir en el interrogatorio tradicional de los pacientes la pregunta: "¿En qué trabaja usted?". Por lo innovador y relevante de su obra, Ramazzini es considerado el padre de la Medicina del Trabajo.

La construcción del objeto de estudio en la sociedad industrial

Los últimos años del siglo XVIII se configuraron históricamente como el momento de emergencia de la burguesía, principalmente en Inglaterra y Alemania. Con el advenimiento de la Revolución Industrial (s. XIX) comienza a cobrar visibilidad otro actor: el trabajador asalariado, que solo tenía su fuerza de trabajo para vender. Las jornadas laborales solían ser extenuantes, y los ambientes de trabajo peligrosos para las mujeres y niños incorporados entonces al proceso productivo (Marx, 1971). En esta época surgieron las bases doctrinarias de los discursos políticos sobre la salud. Estos discursos colocaban en el Estado el poder de definir políticas, leyes y reglamentaciones en relación con la salud de los colectivos, así como de fiscalizar el cumplimiento de las mismas. Es un momento histórico en el que el Estado comienza a intervenir efectivamente sobre cuestiones de salud en las poblaciones (Rosen, 2005; Lee, 1964a ;1964b).

El surgimiento de la Medicina del Trabajo

Las controvertidas (y resistidas) propuestas de intervención del Estado en la salud de los trabajadores fueron tomando forma en Inglaterra a través de una serie de legislaciones conocidas como *Factory Acts*[1], escritas entre 1802 y 1890. Este proceso culminó de modo paradigmático con la incorporación, en 1833, del médico R. Baker (1803-1880) como inspector fabril en el *Factory Department*, cuyo superintendente fue J. Simon (1816-1904), autor de importantes informes sobre las condiciones sanitarias de la clase trabajadora británica. Las inspecciones del ambiente de trabajo que realizaba Baker abarcaban toda el área del norte de Irlanda y Escocia, e implicaban la supervisión de la aplicación efectiva de la legislación en las fábricas, así como las recomendaciones sobre las modificaciones necesarias por incorporar[2].

En verdad, esta incorporación ocurre en el contexto de generar marcos para la regulación de la función de los cirujanos (no eran médicos entonces), que tenían a su cargo la emisión de certificados que reglamentaban la incorporación al trabajo de niños; dichas funciones se caracterizaban por la complacencia con los intereses de los propietarios de las fábricas. Otro elemento de preocupación era la existencia de brotes epidémicos producto de las migraciones desde el campo hacia áreas más urbanizadas, donde predominaba el trabajo fabril.

1 - *Act* es un término inglés que significa: "acto, hecho, obra o acción". Su acepción técnico-jurídica es utilizada para referirse a distintos documentos, decretos y leyes. Generalmente, se emplea como un anglicismo al traducirse *act* por "acta". Unido a la palabra *parliament*, significa: "estatuto, ley sancionada por la Corona, después de haber sido discutida y aprobada por los miembros del Parlamento, en las Cámaras de los Comunes y de los Lores".

2 - Los informes que generó Baker sobre las condiciones de la clase obrera británica fueron relevantes como parte del conocimiento sanitario de la época. Karl Marx (1818-1883) lo cita repetidas veces en *El capital* (1867) para ejemplificar las pésimas condiciones de trabajo a que estaban sometidos los trabajadores.

Las relaciones entre salud y trabajo permitían, en la Inglaterra del siglo XIX, la confluencia de perspectivas disciplinares e ideológicas diversas. En su jerarquización y problematización convergieron médicos, propietarios fabriles y pensadores sociales, entre los que se encontraban: L. R. Villermé (1782-1863), que realizó un estudio sobre las condiciones de trabajo de algodoneros en Francia; E. Chadwick (1800-1890), autor de un informe sobre las condiciones sanitarias de los trabajadores británicos; K. Marx, con su obra cumbre *El capital*; y F. Engels (1820-1895), con el clásico *La situación de la clase obrera en Inglaterra*.

Desde el punto de vista epidemiológico, la burguesía y los liberales comprometidos con la expansión capitalista encarnaron la posición anticontagionista[3]. El saneamiento como política sanitaria constituyó la alternativa a la cuarentena, que interfería con el comercio y, por lo tanto, con los intereses de la clase dominante. El estudio de Chadwick (1843) sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora relacionó las enfermedades epidémicas prevalentes de la época con el hábitat, el ambiente y las condiciones de vida de la clase trabajadora inglesa (Chadwick, 1843). Su trabajo impulsó una serie de investigaciones posteriores que hacían énfasis en la necesidad de una reforma sanitaria comandada por una administración central. Estos debates propiciaron que en 1848 fuera sancionada la Ley de Salud Pública (Urquía, 2006).

Chadwick era un abogado inglés que respondía al oficialismo liberal enmarcado en la filosofía utilitarista de J. Bentham (1748-1832)[4]; su preocupación por la política sanitaria se centraba en el aumento del gasto del Estado, producto de las necesidades sociales. El informe de 1843 servía como argumento para legitimar políticamente sus reformas. Para Chadwick, la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores no era un fin en sí mismo, sino un medio para reducir impuestos y gastos del gobierno. En este sentido, consideraba que las nocividades en el ambiente de trabajo y de vivienda provocaban la muerte prematura de la clase trabajadora y que el costo monetario producido era mayor que el requerido para prevenirlas (Urquía, 2006).

El socialismo de Engels constituyó una propuesta alternativa que, más allá de lo sanitario, proponía un cambio en el sistema político y la organización de la socie-

3 - El contagionismo fue una teoría epidemiológica alternativa a la teoría miasmática –constituida en hegemónica a fines del siglo XIX–, que defendía la tesis del contagio como factor etiológico fundamental de muchas enfermedades de la época. Las medidas de intervención propuestas desde el contagionismo eran incompatibles con los intereses de la clase dominante, lo que generó fuertes críticas de los Estados liberales europeos, en especial el alemán y el británico (Urquía, 2006).

4 - El utilitarismo de J. Bentham planteaba que toda norma o acto humano debe ser evaluado según la utilidad que tenga para producir placer o sufrimiento. Por tratarse de un movimiento directamente dedicado a la reforma, la propuesta del utilitarismo constituyó parte fundamental de las bases ideológicas de los principales gobernantes británicos de los siglos XVIII y XIX.

dad en su conjunto. Para Chadwick, la enfermedad era la causa de la pobreza, mientras que Engels percibía la relación de forma inversa: la organización social y económica determinaba el estado de salud de las personas. Engels consideraba que la salud era uno de los aspectos en los que se expresaba la desigualdad inherente a la sociedad capitalista y, en ese sentido, planteaba la necesidad de un cambio social. Como denuncia de las condiciones de trabajo de los obreros, Engels escribe en 1845 *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, donde relaciona las condiciones paupérrimas de trabajo en el capitalismo, la situación de miseria en la que vivían los trabajadores y su estado de salud. Esta obra reviste especial importancia para el campo de la salud puesto que relaciona los determinantes sociales de la enfermedad con el modo de producción capitalista. Engels coloca la cuestión social como determinante de una elevada tasa de mortalidad y una corta esperanza de vida. Atribuye, como causa directa de la epidemia de tifus de la época, la miseria y hacinamiento que sufrían los obreros, y señala al alcoholismo como consecuencia inevitable de tal situación. Por otra parte, describe cómo, ante la falta de asistencia médica –por la imposibilidad de pagar por los servicios de salud–, los trabajadores eran obligados a recurrir a curanderos o a remedios caseros, que a la larga resultaban nocivos (Engels, 1965).

Con la Revolución Industrial podrían ubicarse los inicios de la Medicina del Trabajo. En este contexto histórico se definen los trazos generales que los servicios de medicina laboral de las fábricas comenzarían a cumplir tiempo después, con el desarrollo del fordismo y el taylorismo (Mendes y Costa Dias, 1991). Dichos servicios vendrían a cubrir las siguientes expectativas: a) identificación del interés no como un atributo de los obreros, sino como una preocupación de los empresarios; b) configuración de los servicios en torno al papel del médico; c) prevención de los riesgos como tarea eminentemente médica; y d) transferencia de la responsabilidad de empresarios a médicos por los problemas de salud de los trabajadores.

El movimiento obrero en la Argentina y la lucha por los derechos del trabajador en el marco del capitalismo industrial

La Argentina de finales del siglo XIX y principios del XX transitaba por un modelo de país con condiciones económicas, políticas y sociales en plena transformación. Sin sufragio universal, ni legislación que ordenara y/o regulara las relaciones entre el capital y el trabajo, los derechos sociales eran mínimos. El paso de una economía rural hacia un modelo agroganadero exportador era parte de la adaptación a las nuevas exigencias del mercado mundial (Godio, 2000). Estos cambios internos respondieron principalmente a las demandas externas de alimentos, potenciadas fundamentalmente por el crecimiento de la sociedad industrial europea (Robles, 2009). A nivel nacional, las tierras productivas estaban en manos de la clase terrateniente,

y la inversión de capital extranjero –principalmente inglés– estaba orientada al desarrollo de una infraestructura que permitiera la exportación de materias primas. Esta situación originó el desplazamiento de miles de trabajadores rurales hacia la región pampeana y las ciudades portuarias, en busca de trabajo[5]. El crecimiento demográfico se vio potenciado, entre 1857 y 1930, por la llegada de alrededor de seis millones de trabajadores europeos, quienes trajeron consigo las ideas obreras anarquistas y socialistas, que comenzaban a desarrollarse en el viejo continente (Robles, 2009).

La concentración geográfica de la población en las zonas portuarias, las malas condiciones de trabajo y la difusión de las ideas anarquistas y socialistas facilitaron la integración de los trabajadores como movimiento obrero a nivel nacional (Godio, 2000). La consolidación de la clase obrera se desarrolló sobre dos pilares: una organización sindical basada en las ideas anarquistas, con la huelga como principal método de lucha, y la participación política, a través de la creación del Partido Socialista[6] (Godio, 2000). Independientemente del tipo de organización, sindical o política, los reclamos se caracterizaron por la búsqueda de mejores condiciones de trabajo. Esta situación quedó plasmada en su primer manifiesto electoral:

> El Partido Socialista Obrero sostiene la jornada legal de ocho horas, la prohibición del trabajo de los niños menores de catorce años, y el salario igual para las mujeres y los hombres cuando hagan un trabajo igual, medidas tendientes a mantener el precio de la mano de obra, a asegurar a los trabajadores el reposo necesario, a moderar la infame explotación de que son víctimas las mujeres, y a hacer posible la educación de los niños […]. Pide que se establezca por la ley la responsabilidad de los patrones en los accidentes del trabajo, para que las víctimas de esos accidentes no tengan que pedir limosna, ni dejen sus familias en la miseria, como premio de sus esfuerzos (Partido Socialista, 1896, p. 3).

A partir de 1900, el catalán A. Pellicer Peraire, a través de la difusión de sus ideas sobre una organización sindical ideológicamente neutral, permitió acercar a socialistas y anarquistas en la lucha obrera[7] (Godio, 2000). Este hecho fue fundamental para la creación de la primera organización obrera con alcance nacional: la Federación Obrera Argentina (FOA) (Godio, 2000). La conformación de la FOA permitió la coordinación de la lucha obrera y profundizó sus reclamos: derecho a la jornada de 8 horas, reconocimiento de las asociaciones obreras por las patronales y derecho a descanso el

5 - Al finalizar el siglo XIX, las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa y Córdoba concentraban el 70% de la población del país (Godio, 2000).

6 - El Partido Socialista de la Argentina fue fundado entre los años 1894 y 1896, siendo el médico Juan B. Justo uno de sus principales impulsores.

7 - A fines del 1900 y con el seudónimo de Pellico, Pellicer Peraire publicó en el periódico *La Protesta Humana*, una decena de artículos sobre la organización obrera.

1.° de Mayo (Godio, 2000). La primera huelga de la FOA, en 1902, se caracterizó por dos hechos fundamentales: el inicio del reclamo por las condiciones de trabajo y salud de los estibadores del puerto de Buenos Aires –quienes se negaban a cargar pesos mayores a 100 kg– y su extensión a nivel nacional. Pronto se sumaron otros sectores, y la FOA declaró la huelga general a partir del 22 de noviembre de ese año.

En este contexto de auge del movimiento obrero se creó el Departamento Nacional de Higiene (1880), entidad que estimuló el desarrollo de inspecciones sanitarias y estudios sobre higiene y salubridad. Los primeros higienistas[8] advirtieron las consecuencias sanitarias que había traído el rápido crecimiento urbano de Buenos Aires. El trabajo de aquellos a quienes E. Coni (1855-1928) definió como médicos de ciudades y pueblos (Recalde, 1988) puso de manifiesto las desigualdades entre el centro y los suburbios, las deficiencias de la vivienda popular, las malas condiciones de higiene y seguridad en fábricas y talleres, las largas jornadas de trabajo, el limitado jornal, así como la falta de legislación que reglamentara el trabajo de mujeres y niños, y que protegiera la salud de los obreros en general. Asimismo, proponían conservar la salubridad de las ciudades mediante la instalación de servicios de cloacas, agua eléctrica, alumbrado y cementerios. La necesidad de mantener el orden social (Recalde, 1988) y controlar las epidemias y enfermedades infectocontagiosas de la época dio forma a esta corriente higienista nacional, que basaba su argumentación en el origen social de las enfermedades. Años más tarde se produjeron interesantes estudios sobre la salud de las clases trabajadoras.

Primer Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas (Informe ECOA)

Hace poco más de un siglo, alrededor de la conmemoración del Centenario de la Revolución de Mayo de 1810, tanto el Presidente J. A. Roca como su ministro del interior Joaquín V. González facultaron a una serie de intelectuales para investigar las condiciones de los trabajadores en el país.

El 22 de enero de 1904, fue comisionado el médico y abogado catalán J. Bialet Massé (1846-1907) para la realización de un informe sobre las condiciones laborales de la población obrera en la Argentina. El texto, publicado ese mismo año, llevó por título *Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas* (Informe ECOA) (Bialet Massé, 2010) e incorporaba en su relevamiento un espectro amplio de sujetos sociales, que incluía a los pueblos originarios, la población migrante y las

8 - Los higienistas formaban parte de una élite conservadora que gobernaba en la época, entre los que se destacaban: Guillermo Rawson (1821-1890), Eduardo Wilde (1844-1913), Emilio Coni (1855-1928) y Augusto Bunge (1877-1943).

clases urbanas. Sus conclusiones fueron lapidarias y su efecto de tal magnitud que se lo considera un antecedente en materia de investigación y legislación laboral en la Argentina (Recalde, 2010).

El *Informe ECOA* admite múltiples dimensiones del trabajo en la Argentina a partir de su lectura, lo que hace del texto un antecedente de referencia a la hora de pensar las relaciones entre salud y trabajo. Entre otras cosas, por ejemplo, permite recorrer las relaciones entre la conformación de una cultura obrera y el papel jugado por el Estado en la resolución de los conflictos sociales (Lobato, 2010), y ha sido caracterizado como un documento clave en la configuración de las prácticas biopolíticas (Haidar, 2008).

El informe original fue organizado en tres volúmenes. En los dos primeros, examina la situación del trabajador en las diversas provincias del territorio nacional. Los títulos de algunos capítulos indican especificidad: el obrero criollo; el trabajador indígena; la inmigración extranjera; el trabajo agrícola; el contrato de servicio –necesidad de su existencia en forma escrita–; el salario mínimo; la jornada racional o la jornada tipo de ocho horas; el descanso semanal; los accidentes de trabajo; de las multas patronales; la mujer y el niño; las sociedades obreras; entre otros. El tercer volumen amplió los dos primeros, a pedido de Joaquín V. González. Allí se concentraron estadísticas; estudios comparativos; exámenes de suelo, clima y producciones; y descripciones de las características de cada población.

Algunas de las principales conclusiones del informe fueron:

1. Necesidad de formulación de una ley que regulara las relaciones entre el capital y el trabajo.
2. Propuesta de garantizar por ley el descanso dominical[9] y una ración mínima de alimentación para los obreros.
3. Propuesta de reconocer los accidentes del trabajo en materia de legislación laboral y restringir la jornada comercial desde las 07:00 a las 22:00[10].
4. Necesidad de aplicar multas, como mecanismo de control del Estado, a la relación capital-trabajo.
5. Importancia de desarrollar la instrucción práctica y educación de los obreros.
6. Propuesta de fomento del "patriotismo" entre los criollos, en el sentido de generar una pertenencia que diera cohesión a las relaciones de trabajo.

9 - El descanso dominical era parte de las conquistas del movimiento obrero europeo. El curioso argumento de los opositores locales a este derecho provenía de los almaceneros/bodegueros, quienes argüían que iban a ver disminuidos sus ingresos por los parroquianos, que consumirían menos.

10 - En este caso, el argumento giraba en torno a la necesidad de protegerse de las prácticas abusivas de empresas con mayor capacidad económica, que al concentrar mayor volumen de transacciones comerciales podían cerrar antes, mientras que las pequeñas extendían sus horarios de trabajo.

7. Planteamiento de la necesidad de desarrollar nociones claras del fundamento fisiológico del trabajo, algo que comenzaba a aparecer con la naciente ergonomía.
8. Necesidad de plantear un marco normativo que garantizara tiempo de esparcimiento a los trabajadores.

El *Informe ECOA* arrojó luz sobre la situación de un grupo social hasta entonces postergado: los trabajadores de la Argentina, mostrando la precariedad de sus condiciones de trabajo y el desamparo legal al que estaban sometidos. Resulta interesante destacar que en aquel momento no existían –en términos de diseño de organismos del Estado– instancias con atribuciones en materia laboral[11]. Finalmente, más allá de los acercamientos del texto hacia algunas aproximaciones teóricas del socialismo, el marco referencial del *Informe ECOA* no toma por categoría central la lucha de clases, sino una particular interpretación de la raza, y traza así una solución balanceada entre las normas científicas y el derecho. Como resalta González Bollo (2004), estos debates llevaron más tarde a la conformación del Departamento Nacional del Trabajo (1907), contribuyendo a delimitar un sujeto social: la clase obrera, y a preparar el camino para la integración política de los trabajadores.

El trabajo de Bialet Massé también es considerado como uno de los momentos claves de la problematización de las relaciones entre salud y seguridad de la población asalariada, en el contexto (como detallamos más adelante) de las tensiones del trabajo organizado en el modo de producción capitalista de inicios de siglo XX, en Argentina (Haidar, 2008).

Otros estudios nacionales sobre la clase trabajadora

Dentro del antes mencionado movimiento higienista, se encontraba como uno de sus principales exponentes A. Bunge (1877-1943), diputado socialista que se desempeñó como médico en el Departamento Nacional de Higiene (DNH) en la Argentina (Haidar, 2008). Bunge escribió acerca de los peligros sanitarios que estaba generando la industria a nivel internacional, y señala al exceso de trabajo y consecuente fatiga como el efecto más pernicioso del trabajo de la época. Su texto *Las conquistas de la higiene social* (1910) fue el resultado de un estudio en el que realiza un diagnóstico sanitario de los trabajadores industriales en Alemania, Inglaterra, Bélgica, Francia, Hungría y Suiza. Este trabajo analiza un conjunto de sistemas jurídicos y tecnológicos utilizados en Europa para la prevención y atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; a raíz de este análisis, expone un conjunto de

11 - No obstante, en 1904 Joaquín V. González, inscripto en el liberalismo reformista, venía desarrollando iniciativas para la elaboración de un Código Nacional del Trabajo, del cual el Informe ECOA fue un precedente destacado (Lobato, 2010).

recomendaciones para el contexto argentino (Haidar, 2008). Bunge examina además las malas condiciones de los talleres domésticos, y denuncia la falta de una legislación que proteja el trabajo en el domicilio, al que consideró como un verdadero caldo de cultivo de la tuberculosis (Recalde, 1988).

De acuerdo al censo de 1910, citado por Recalde, en 8.119 fábricas y talleres de Buenos Aires existían 205.851 obreras empleadas, cuyas condiciones de trabajo –junto con las de otras mujeres trabajadoras del comercio y el sector domiciliar– fueron estudiadas con mayor profundidad por Gabriela Laperrière de Coni y C. Muzzilli quienes señalan la relación entre clase social y mortalidad infantil y la insuficiencia de las obras de caridad tradicionales, indicando la necesidad de avanzar hacia la asistencia social sostenida por el Estado y la previsión social (Recalde, 1988).

Estos trabajos, así como toda la producción del Departamento Nacional de Higiene, tenían entre sus múltiples propósitos la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo. La información producida en el marco del DNH constituyó la base para prácticas de control e inspección laboral, que al decir de Haidar (2008) solía tener como objetivo el disciplinamiento moral de los trabajadores.

Una propuesta de institucionalidad durante el primer peronismo

Uno de los primeros intentos nacionales por abordar la salud de los trabajadores como problema sanitario se remonta a 1946 durante el primer gobierno de J. D. Perón, cuando Ramón Carrillo (1906-1956), a cargo de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, rescata en su Plan Nacional de Salud Pública la importancia de esta problemática en el desarrollo del país (Carrillo, 1949). El gobierno de Perón realizó importantes transformaciones en términos de garantías para los trabajadores de la Argentina, que fueron plasmadas en la Reforma Constitucional de 1949[12]. Así, en un discurso pronunciado en la inauguración del Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo (1949), Perón subrayó la importancia de la Medicina Preventiva y de la atención a la salud de trabajador:

> Si la Medicina del Trabajo tiene por objeto el estudio de la personalidad del hombre de trabajo y sus relaciones con el trabajo mismo para que el trabajador pueda vivir sano integralmente, debemos convenir que, ante todo, debemos darle personalidad al trabajador. Y para ello debemos reconocerle aquellos derechos sin los cuales no poseerá ja-

12 - La Reforma Constitucional de 1949, con bases en el constitucionalismo social de la época, fue derogada después del golpe de Estado de 1955. Con la Reforma de 1957, se agregó el artículo 14 bis, el cual restituyó algunos derechos sociales planteados en 1949, entre ellos los derechos del trabajador.

> más la dignidad que debe tener para ser persona humana como todos los demás hombres (Perón, 1974, p. 15).

Y agrega:

> La medicina curativa, en este orden de cosas, llega por lo general, tarde […], y basta pensar que todas estas enfermedades [refiriéndose a las enfermedades profesionales] pudieron ser evitadas, para llegar al convencimiento de que en este problema médico-social la prevención es fundamental… (p. 17).

En un contexto de reivindicaciones laborales y fortalecimiento de la industria nacional (Galasso, 2003), Carrillo intentó abordar la salud de los trabajadores desde una perspectiva que integrara la dimensión biológica, ambiental y social, con el horizonte de "llegar, en salud, bienestar y medios, a transformar la pesadumbre del trabajo en la alegría del trabajo" (Carrillo, 1974, p. 29). Las propuestas contenidas en el Plan Nacional de Higiene y Medicina Preventiva (1948)[13] y, en general, las políticas promovidas por Carrillo sentaron las bases "para lo que fuera una política de salud integradora, dentro de una concepción totalizadora del hombre y la sociedad" (Testa, Osores Soler y Saiegh, 1973, p. 5).

Carrillo, para dar cuenta de esta mirada integrada de la salud de los trabajadores, utiliza la idea de *medicina tecnológica*, entendida como "todo aquello que se vincula con el desarrollo técnico de la civilización, en sus relaciones con la salud" (Carrillo, 1949, p. 540). El concepto de medicina tecnológica contiene a su vez tres dimensiones: la medicina del trabajo, entendida como "una forma de la medicina asistencial que actúa en el ámbito biológico" (p. 540); la medicina industrial, referida "a las actividades que se realizan con maquinarias, en ambientes especiales, que pueden actuar sobre la salud del obrero" (p. 540), y la medicina social aplicada al trabajo, que comprende "las actividades del trabajador fuera de su ámbito de labor (vivienda, alimentación, descanso, vida de relación, etc.) que pueden incidir sobre la salud obrera y sobre el propio trabajo" (p. 540).

Durante el período a cargo de la Secretaría de Salud Pública y posteriormente del Ministerio de Salud (1949), Carrillo propuso la creación de lo que podría considerarse una institucionalidad que atendiera las necesidades de salud de los trabajadores (Carrillo, 1949). Algunos de los organismos e instituciones propuestos para su creación eran la Dirección de Medicina Tecnológica, el Instituto de Clínica Tecnológica, el Laboratorio de Higiene y Medicina Industrial, el Instituto de Rehabilitación de

13 - El Plan Nacional de Higiene y Medicina Preventiva (1948) fue asesorado por el Dr. Germinal Rodríguez (1898-1960), profesor titular de la cátedra de Higiene y Medicina Social, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Testa, Osores Soler y Saiegh, 1973).

Inválidos y el Hospital de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Carrillo, 1951). Estas instancias estaban destinadas a dar respuesta a los problemas de salud de los trabajadores y a fomentar el desarrollo y la investigación en esta temática (Carrillo, 1949). Con respecto al tema de la formación, estimaba que "las creaciones de la Medicina del Trabajo caerán en el vacío si no contamos, al mismo tiempo, con los técnicos capaces de llevarlas a cabo y en buen término" (Carrillo, 1974, p. 24); para ello proponía la formación especializada de médicos de fábrica, superintendentes de higiene del trabajo, que ejercerían la función de médico higienista, y de asistentes industriales (Carrillo, 1974).

Las propuestas de Carrillo, orientadas a incorporar la salud de los trabajadores como un tema central en las políticas de salud pública del Estado, se vieron debilitadas hacia el final de su mandato, sin poder llegar a implementarlas. Desde su renuncia en 1954, el Estado no volvió a asumir la salud de los trabajadores como un problema central en las políticas de salud pública (Epelman *et al.*, 1988).

Desarrollo de la salud ocupacional: el cambio de foco hacia el ambiente y el individuo

La Medicina del Trabajo tuvo una rápida expansión en los países europeos como consecuencia del desarrollo industrial y de la precariedad de los servicios públicos de salud. Este enfoque se caracterizó por una mirada mecanicista del proceso de salud-enfermedad, aplicada dentro de los locales de trabajo y dirigida hacia los intereses del capital. Durante la Segunda Guerra Mundial y la postguerra, el trabajo industrial en condiciones extremadamente adversas tuvo severas consecuencias para los trabajadores, con gran número de muertos y enfermos. El escenario de postguerra se caracterizó por el inicio de un nuevo paradigma socioproductivo (Mendes y Costa Dias, 1991), que se extendió durante las tres décadas que siguieron. La esencia de este modelo la configuraron los procesos de trabajo tayloristas y fordistas (Neffa, 1999). En este marco se instaura lo que se ha dado en llamar sociedad salarial (Amable, 2006).

El taylorismo sentaba sus bases fundamentalmente en la racionalización y organización científica del trabajo. Se caracterizó por la disminución del tiempo muerto que se producía en los momentos de ocio del trabajador y por la intensificación del trabajo sin desarrollo tecnológico. Para ello, sus principales estrategias fueron el estudio sistemático de los tiempos y movimientos, el pago por rendimiento, el control y disciplinamiento de los trabajadores a través de premios y castigos, y la división del trabajo que separaba las tareas de concepción, de las de ejecución (Neffa, 1999).

El fordismo agregó, al proceso de trabajo taylorista, algunas innovaciones, realizadas por Ford (1863-1947) en su empresa, que luego se expandieron al resto del sector industrial. Este proceso productivo se caracterizó por la división social y técnica del trabajo, posibilitada por la cadena de montaje como innovación tecnológica. Esta permitía por un lado la producción en serie, y por otro, la eliminación del tiempo muerto al fijar al trabajador a su puesto de trabajo. El pago por horario –8 horas de jornada laboral–, y no por rendimiento, y la mejora en los salarios hicieron aumentar la demanda de mercancías, condición necesaria para el desarrollo de la producción en masa. Esto implicó modificaciones en las normas de consumo y el modo de vida de los trabajadores (Amable, 2006).

Así, el taylorismo y posteriormente el fordismo se caracterizaron por la simplificación e intensificación del trabajo con escaso desarrollo tecnológico y por la aplicación de mecanismos verticales de disciplinamiento de los trabajadores (Neffa, 1999).

Estos modelos socioproductivos se acompañaron de procesos de fortalecimiento de los Estados de los países desarrollados al amparo de lo que se ha denominado sociedad salarial. La sociedad salarial se caracterizó, entre otras cosas, por la consolidación de un Estado de bienestar que, a través de sus políticas sociales, se proponía proteger la fuerza de trabajo. Así, se universalizaron los sistemas de seguridad social y se extendieron los derechos laborales a través del estatuto salarial, los acuerdos tripartitos y los convenios colectivos (Neffa *et al.*, 2010). En la época, el tiempo transcurría lineal en la vida de los trabajadores; esto se observaba en la estabilidad de los empleos, generalmente protegidos por los sindicatos. Los trabajadores sabían cuándo se iban a jubilar y cuánto iban a cobrar; en ese tiempo lineal, los logros eran acumulativos (Sennett, 2000).

En ese contexto, la Medicina del Trabajo mostró sus incapacidades como modelo para dar respuesta a las consecuencias del nuevo proceso productivo de postguerra. El aumento de los accidentes de trabajo y sus indemnizaciones se transformó en un reclamo tanto de empleadores como de trabajadores. Paralelamente, la Salud Ocupacional ganaba espacio dentro de las grandes empresas. Este nuevo enfoque comenzó a desarrollarse a partir de los estudios realizados en materia de salud y trabajo, principalmente en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos de América (Mendes y Costa Dias, 1991). Su desarrollo conceptual se basó en un análisis multidisciplinario sobre el ambiente de trabajo con el objeto de controlar los riesgos, principalmente físicos, químicos y biológicos.

Pero, el enfoque de la Salud Ocupacional resultó insuficiente por distintas razones, entre las que se podrían destacar: 1) el análisis de los problemas de salud-enfermedad desde un enfoque biologicista, influenciado por la mirada médica; 2) la

escasa articulación entre las disciplinas; 3) el análisis enfocado sobre el grupo de trabajadores, pero con intervenciones individualizadas; 4) la falta de correspondencia de su producción científica con los rápidos cambios del proceso de trabajo; y 5) su aplicación restringida a los locales de trabajo, con exclusión del sector salud. Este enfoque, al decir de García (1983), entiende la categoría trabajo solo como condiciones materiales de trabajo, con lo cual el mejoramiento de estas últimas, "si bien disminuye la patología relacionada con estas condiciones, no hace desaparecer las que resultan del proceso de trabajo mismo en el capitalismo" (García, 1983, p. 1).

La Salud Ocupacional entró en crisis con el surgimiento de diferentes movimientos sociales a partir de la década del 60, que produjeron un profundo cuestionamiento de valores sociales como la libertad, el significado del trabajo y el uso del cuerpo. Así, se puso en jaque el valor "sagrado" y "místico" del trabajo construido por el pensamiento cristiano.

La lucha por la salud

Una parte de las expresiones del contexto social emergente en los 60 tuvo que ver con la participación y el compromiso de los trabajadores en materia de salud y seguridad. Este proceso tuvo como componente fundamental el acompañamiento de un grupo importante de intelectuales comprometidos con la lucha de los trabajadores. Uno de los principales ejemplos de ese momento fue el Movimiento Obrero Italiano, que tuvo irradiaciones significativas en otros países europeos y latinoamericanos.

La experiencia europea: el Movimiento Obrero Italiano (MOI)

Durante el primer lustro de los años 60 comenzaron a gestarse experiencias inéditas alrededor de un grupo de grandes empresas de diversas regiones italianas. Estas experiencias partieron de la inconformidad de los obreros con sus condiciones de trabajo y de vida, y de diagnosticar que la organización y el ambiente estaban influyendo nocivamente en su salud como colectivo. En este contexto comienza a encaminarse una interesante simbiosis entre los obreros y un grupo de intelectuales y técnicos, entre los que se encontraban los médicos G. Marri (1921-2006) e I. Oddone (1923-2011). Así, se gestó una metodología de trabajo que colocaba al trabajador de la fábrica en el centro del proceso de conocimiento e intervención, en los locales de trabajo. A partir de varios encuentros y reuniones se elabora el manual *Ambiente de Trabajo*[14], material que representó una herramienta fundamental para la

14 - Traducción de los autores.

identificación y manejo de la nocividad en las fábricas. El fomento de la hegemonía de los trabajadores, la observación espontánea de situaciones nocivas y sus posibles efectos, la validación consensual desde la mirada del grupo, la idea de grupo operario homogéneo, la no delegación y la no monetarización constituyeron las principales premisas del MOI. "La salud no se vende ni se delega, se defiende" pasó a ser una síntesis y un emblema de sus principios (Cárcoba, 2007; Ospina, 2008).

El Manual como instrumento y testimonio de la lucha obrera

El material mencionado anteriormente, también conocido como *Manual de la FLM* [15] (1971), nace por la necesidad de sistematizar las experiencias de lucha contra la nocividad en el trabajo, desarrolladas en el interior de un grupo de fábricas de diferentes regiones de Italia, proceso en el que la 5ª Liga Mirafiori de la empresa FIAT tuvo un papel protagónico. El texto marcó como principios básicos: a) constituir un modelo de análisis en el que cualquier persona –obrero, médico, psicólogo, químico, etc.– pudiera analizar la nocividad en situaciones productivas diversas; b) construir un apoyo para la intervención concreta de los obreros en la lucha en el interior de la fábrica; así como c) constituirse en "una propuesta obrera para una Medicina del Trabajo" (Oddone *et al.*, 1986, p. 77).

El texto, redactado de manera clara y sintética, y acompañado de 52 figuras, ayudaba al obrero a identificar, en su local de trabajo, los cuatro grupos básicos de elementos como potencialmente nocivos: I) luz, temperatura, humedad y ruido; II) polvo, gas y humo; III) actividad muscular o trabajo físico; y IV) condiciones que puedan constituir efectos estresantes, como la monotonía, repetitividad, posiciones incómodas, ansiedad, responsabilidades (Oddone *et al.*, 1986). Además, se relevan las soluciones indicadas por los sindicatos para controlar la nocividad[16].

El *Manual*, en tanto instrumento, destaca la importancia de la observación espontánea del obrero como forma de identificar posibles problemáticas en sus locales de trabajo, así como las afecciones que podrían estar causando en la propia salud y en la de sus compañeros. Rescata además la relevancia de lo colectivo al proponer una perspectiva epidemiológica por sobre la mirada clínica (Oddone *et al.*, 1986). A su vez, realiza una crítica al taylorismo como forma de acomodación pasiva al proceso de trabajo.

La lucha del MOI buscaba colocar al obrero en el centro del proceso de conocimiento y transformación de su ambiente de trabajo, rescatar la relevancia del saber

15 - *Manual sobre ambiente de trabajo de la "Federazione Lavoratori Metalmeccanici" (FLM).*

16 - El texto original hace un aparte en la nocividad producida por la sílice y el benceno.

técnico orientado a las intervenciones políticas y convertirse en una herramienta de trabajo común a múltiples empresas en su "lucha articulada"[17] por la salud de los trabajadores. El modelo rescató la no delegación de la lucha en otros actores y la no monetarización de la salud, lo que significaba no cambiar salud por dinero.

La experiencia italiana permitió posicionar la problemática de la organización del trabajo y la salud de los trabajadores en un área de discusión diferente, al producir una nueva forma de conocimiento que hacía dialogar a obreros, técnicos y académicos.

Desafíos teóricos de la experiencia obrera

La lucha de una clase por ser hegemónica planteó, en términos de Laurell (1984), la necesidad de una profunda reflexión sobre la forma en que esta lucha se construye y desarrolla en el marco de su proyecto histórico. En este sentido, el papel de la ciencia es central; en el caso de la experiencia italiana, propuso el interrogante sobre qué es ciencia y ciencia para qué; y generó así un profundo debate en el interior del proyecto histórico. Este enfoque complejizó la discusión sobre el papel de la clase obrera en el proceso de construcción de hegemonía (Laurell, 1984). Para el caso del MOI, se planteó la necesidad de articulación entre la lucha política y la construcción de un proceso científico como parte del proyecto histórico (Laurell, 1984). De esta manera, la experiencia italiana marcó importantes desafíos al vínculo entre ciencia, política y transformación social.

En este marco, es necesario reflexionar y discutir desde dónde el sujeto del proceso científico se articula con el proyecto de clase que lo sustenta: sea desde otro campo, neutral y externo, o como parte del propio proceso, caso en que la clase obrera se constituye en el propio sujeto del proceso científico de transformación (Laurell, 1984). El proyecto histórico de los trabajadores planteó un cambio de perspectiva respecto de la realidad, una visualización de problemas, respecto de los cuales la búsqueda de solución podría desencadenar nuevos modelos teórico-metodológicos (Laurell, 1984).

El MOI, para Laurell (1984), marcó un salto cualitativo al incorporar y poner en el centro de producción de conocimiento a los obreros con su experiencia. Esta nueva perspectiva produjo un cambio en la forma de conocer y transformar la realidad, al conjugar el proceso científico y político en un solo sujeto. Pero, según Laurell (1984), la experiencia obrera no alcanza para desenmascarar la realidad si no hay un

17 - El concepto "lucha articulada" representaba para el MOI la creación de un espacio autónomo dentro de las fábricas con márgenes cada vez mayores de iniciativa obrera.

proceso de teorización que la sostenga. El análisis del MOI y el rol central que juega la ciencia en la exploración de la realidad dentro de un proyecto histórico permite demostrar cómo la falta de teorización terminó produciendo un freno en su desarrollo histórico (Laurell, 1984).

Ruptura histórica y declive del MOI

El MOI produjo una ruptura con sus propios antecedentes históricos en materia de luchas y reivindicaciones obreras. Este salto cualitativo en la lucha se caracterizó por: 1) romper con la lógica irreversible e inmodificable del proceso científico-productivo-tecnológico y sus consecuencias en la salud; 2) desplazar a la salud de la discusión monetaria para reubicarla como un derecho no negociable; y, también, 3) elaborar una mirada distinta sobre la enfermedad, por fuera de la concepción médica dominante (Laurell, 1984).

La experiencia italiana devino modelo e instrumento para la acción y la socialización del conocimiento desde una mirada colectiva de la salud; a su vez, conjugó, en los trabajadores, el sujeto y objeto de estudio, al ser ellos los investigadores de su propia salud. Desde sus inicios, el MOI desempeñó un papel fundamental en la movilización y organización obrera jerarquizando el valor de la salud, a partir de la cual se inició la lucha global contra la organización capitalista del trabajo y sus consecuencias (Laurell, 1984).

El período de gestación del MOI (1960-1967) se dio en el marco de consolidación de la clase obrera apoyada en la teoría marxista de la organización del trabajo y sus efectos para la salud. Las primeras iniciativas se caracterizaron por el intercambio entre obreros y científicos por fuera de los sindicatos. En este contexto, el objetivo durante este período fue ampliar la lucha desde la fábrica y objetar las bases del capitalismo desde una conceptualización teórica diferente, cuestionadora del trabajo y sus consecuencias (Laurell, 1984).

El período de socialización y consolidación (1968-1974) se caracterizó por la lucha a partir de la organización de asambleas democráticas conformadas por obreros sindicalizados y no sindicalizados. En 1974, llegaron a tener 16.000 consejos de fábrica y 150.000 delegados que representaban a 4 millones de trabajadores. Uno de los puntos más altos de este momento de consolidación y potencialidad hegemónica fue el derecho de intervención y control de los obreros en las fábricas, con el fin de proteger su salud e integridad psicofísica, a través del artículo 9 del Estatuto de los Derechos de los Trabajadores, ley de 1970 (Laurell, 1984).

Entre 1975 y 1981 se produjeron las primeras respuestas de la burguesía frente

al MOI, en un marco de crisis económica. Esto se reflejó en una reorganización del trabajo –que desplazó a plantas completas de trabajadores– y en un recambio tecnológico, sobre todo allí donde el MOI había detectado mayores riesgos. La extensión y amplificación de la lucha obrera a través de sus bases hizo necesario un apoyo por fuera de la fábrica que permitiera ordenar, sistematizar y analizar los diferentes estudios, de forma tal que legitimaran su contenido en la sociedad. Así, los sindicatos comenzaron a tener mayor protagonismo en la lucha obrera, y los reclamos obreros pasaron de una mirada global sobre la organización del trabajo y sus consecuencias a una mirada centrada en los riesgos biológicos, químicos y físicos del ambiente (Laurell, 1984). Esta nueva situación se debió, por una parte, a la practicidad de estos conceptos para utilizarlos en las negociaciones con las patronales y, por otra parte, a la aplicación de una lógica reivindicativa en el marco de los ataques del capital.

En este nuevo contexto de reivindicaciones obreras centradas en los riesgos del ambiente y de crisis económica, la salud se alejó del reclamo global, y quedó entonces en segundo plano y a un paso de su monetarización. El MOI perdió fuerza como sujeto político de transformación de la realidad, al ser debilitada su organización de base (delegados y consejos de fábrica), producto de la restructuración industrial (Laurell, 1984).

Con respecto a la producción de conocimiento, el MOI se basó en los grupos de riesgo que, excepto en el cuarto grupo, no escaparon a las concepciones clásicas de la Medicina Laboral (Laurell, 1984). En este sentido, resulta contradictorio el énfasis del modelo en la experiencia (subjetividad) obrera y el cerco que le impusieron los cuatro grupos de riesgo del *Manual* a esta subjetividad. La falta de conceptualización propia respecto de la salud y el trabajo se confirmó con la apropiación de los modelos técnicos desarrollados por los médicos e ingenieros industriales, sin producir una reflexión crítica sobre sus modelos teóricos. Esto reflejó una concepción neutral e instrumental de la ciencia donde su objetivo, como proyecto de clase, no cuestionó sus contenidos para transformarlos de acuerdo al nuevo punto de vista de los trabajadores (Laurell, 1984).

La ausencia de conclusiones generales –a partir de estudios particulares–, junto con la falta de teorización a partir de la experiencia obrera, hizo imposible desprender el conocimiento generado de sus portadores específicos. Los ataques del capital al centro del modelo, o sea la fábrica, no solo provocaron el desplazamiento del sujeto político de la transformación, expresados en los delegados y consejos de fábrica, sino que también ocasionaron la pérdida del conocimiento acumulado al fragmentar al colectivo de trabajadores (Laurell, 1984).

La experiencia argentina: el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT)

Entre los años 1973 y 1974, durante el corto período de gobierno de H. Cámpora, se llevaron a cabo un grupo de experiencias innovadoras en diferentes campos del Estado, tanto a nivel nacional como provincial. En el marco de esas reformas, en 1973 se intervino la Universidad de Buenos Aires (UBA), que sería ocupada por la izquierda peronista. En ese contexto se crea, en la Facultad de Medicina –con M. Testa (1925) como decano–, el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT), cuyo primer director fue R. Saiegh.

El IMT tuvo la capacidad de integrar dentro de un mismo proyecto a jóvenes profesionales de diferente extracción política e ideológica[18]. Sus principales planteos se referían a la participación activa de los trabajadores y sus organizaciones en el control de la salud (Martin y Spinelli, 2011), mediante una propuesta que sustituyera los términos "higiene" y "seguridad" por los de "condiciones" y "medio ambiente" de trabajo (Rodríguez y Ulanovsky, 1987). A su vez, cuestionó las categorías de medicina del trabajo y salud ocupacional dominantes en la época, planteando la problemática de la seguridad y la salud en el trabajo como un tema que excedía a la disciplina médica y criticando duramente la concepción de la salud como mercancía. Los guiaba la idea de que el control de la salud por parte de los trabajadores era una condición necesaria para que estos se convirtieran en transformadores de sus propias condiciones de trabajo.

> "…la nuestra es una intervención política, que cumpliremos con decisión y responsabilidad militante, lo que no obsta para que tengamos que traducir esta decisión política en una propuesta técnica […]. La concepción elitista de la medicina se opone a esta nueva visión liberadora y antioligárquica […]. En esta línea de pensamiento es que hemos decidido la creación del Instituto de Medicina del Trabajo […]. Este enfoque se contrapone con la noción anterior de que hay que proteger la salud del trabajador porque la enfermedad resiente la productividad y con la más nociva todavía de que el médico de fábrica debe actuar como instrumento represor de los trabajadores. Los médicos de fábrica deberán transformarse en epidemiólogos del trabajo. Solo de esta forma podrán cumplir la misión que la sociedad le asigna en una patria liberada" (Testa, Osores Soler y Saiegh, 1973, pp. 4-5).

Las líneas de acción más importantes que el IMT llevó adelante en su corta existencia fueron la capacitación y la investigación, ambas estrechamente vinculadas a los obreros. Se realizaron cursos para trabajadores que contenían en sus programas

18 - Entre sus principales referentes se destacan: Carlos Rodríguez, Eduardo Menéndez, Estela Giménez, Felipe Aguerre, Gilou García Reinoso, Horacio Kujnisky, Luis Benencio, Mario Testa, Omar Glezer, Osvaldo Saidón, Ricardo Saiegh, Rubén Efron y Silvia Chejter.

conceptos sobre ambiente de trabajo y factores nocivos para la salud; también se dictó un curso de postgrado dirigido a médicos de fábricas. Las investigaciones incorporaron un enfoque que abordaba la relación entre la persona que trabaja, su salud y el ámbito en el que realiza su tarea. Una de sus producciones más relevantes, el *Manual de Medicina para los Trabajadores*[19], hace referencia a experiencias como la italiana (MOI). En noviembre de 1973, el IMT organizó las primeras Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo a las que asistieron cerca de mil participantes, entre los que se encontraban obreros, médicos, psicólogos e ingenieros. Allí discutieron posturas e intercambiaron experiencias en torno a lo que llamaron la *reconstrucción nacional en el terreno de la salud* [20]. En estas jornadas se crearon comisiones donde se discutieron problemáticas relevantes como las siguientes: estado de salud de los trabajadores argentinos, enfermedades profesionales y criterios diagnósticos, ambiente de trabajo, psicopatología, organización y enseñanza de la Medicina del Trabajo y legislación laboral.

Las ideas del IMT sobre des-mercantilización de la salud, des-enajenación y control obrero estaban fuertemente conectadas a lo que estaba sucediendo en las fábricas italianas en la década de los 70. No obstante, a ambas experiencias las diferenciaban los actores que llevaron adelante la iniciativa. Mientras que en Italia fue protagonizada por trabajadores, en Argentina la mayoría de ellos eran jóvenes profesionales del campo de las ciencias de la salud, que pretendían ser aliados de los obreros, sociabilizar sus conocimientos para –en última instancia– modificar las condiciones de producción (Martin y Spinelli, 2011).

La experiencia del IMT duró poco más de un año. En 1974, con la muerte de J. D. Perón, comenzó a visibilizarse un giro autoritario del gobierno, con la asunción de su viuda M. E. Martínez (Martin y Spinelli, 2011). El país comenzó un proceso de tensión político-social, del que no era ajena la Facultad de Medicina. La "débil inserción organizacional e institucional" (Martin y Spinelli, 2011, p.192) que tuvo el IMT, y la persecución de los paramilitares a sus integrantes, terminó diluyendo el proyecto y provocando la migración forzada de muchos de ellos.

El quiebre argentino: resistencia y continuidad en España

Entre 1978 y 1990 tuvieron lugar una serie de experiencias, sobre todo en grandes empresas, que modificaron sustancialmente las condiciones de trabajo en

19 - Una referencia más completa al IMT –documentos históricos y entrevistas a sus principales referentes– puede consultarse en el Centro de Documentación Pensar en Salud / Instituto de Medicina del Trabajo [Internet]. Buenos Aires: Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús; 2011. Disponible en: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/redi_Cedepos.php [consulta: 24 abr. 2012].

20 - Ver Medicina del Trabajo al servicio de los trabajadores. Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1973.

España. En este proceso desarrollaron una importante participación dos referentes argentinos en salud y trabajo, que habían migrado forzadamente a la península ibérica durante la dictadura militar en Argentina (1976–1983): R. Saiegh y C. Rodríguez –fundadores del IMT–; ellos impulsaron la lucha tanto por el control de las condiciones de trabajo por parte de los trabajadores como por la defensa de su salud, planteando un modelo que rompía con las tradicionales disciplinas de Seguridad e Higiene del Trabajo (Martí Boscà, 2010).

En los primeros años de su exilio en Madrid, Saiegh asesoró a la Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO) y luego a la Unión General de Trabajadores (UGT), con vistas a que los ayuntamientos asumieran responsabilidades relativas a la salud de los trabajadores. Rodríguez, luego de haberse formado en la *Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"* (Italia), colaboró con las CCOO y dirigió los dos primeros centros de salud (Barcelona/ Cornellá de Llobregat), que ofrecían capacitación, asistencia técnica e investigación en salud laboral a los trabajadores y sus sindicatos. Además, Rodríguez ejerció la docencia en Medicina del Trabajo en la Universidad Autónoma de Barcelona (Martin y Spinelli, 2011). Ambas experiencias fueron a su vez influenciadas por las ideas de control obrero y ambiente de trabajo del MOI, que se había gestado en la década anterior.

La apropiación de la metodología de conocimiento y control del ambiente de trabajo en España constituyó también una herramienta política para cambiar el modelo cultural, como parte de una lucha más amplia; una propuesta de transformación de la sociedad, que pretendía que los trabajadores tuvieran el control de las condiciones de trabajo y de la gestión de su salud.

La determinación social de la relación trabajo y salud

Para Laurell (1978), la problemática de las relaciones entre el trabajo y la salud desde la perspectiva de los trabajadores precisa ser analizada en dos dimensiones: una técnica, desarrollada principalmente por la Salud Ocupacional, y otra conceptual, que permita comprender los determinantes sociales del trabajo.

Una de las dificultades para generar una nueva conceptualización sobre el trabajo se debe a las limitaciones impuestas por el concepto de ambiente históricamente utilizado por la Salud Ocupacional (Laurell, 1978). Desde este punto de vista, el ambiente de trabajo es entendido como el conjunto de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicológicos responsables de los accidentes y enfermedades laborales. Esta mirada analiza el trabajo desde una perspectiva de consumo, desestimando su dimen-

sión productiva y las relaciones sociales que lo condicionan. En este sentido, Laurell rescata enfoques conceptuales de la época (finales de los años 70) que incorporan el trabajo como una categoría social, donde los problemas individuales de salud son entendidos como la expresión de las contradicciones y antagonismos sociales (Fassler, 1978, *apud* Laurell, 1978). La conceptualización del trabajo propuesta por Laurell (1978) jerarquiza las relaciones sociales que determinan la forma de organización del trabajo y cómo estas condicionan la vida en la sociedad. Para la autora, estas relaciones precisan ser comprendidas en el marco de un modo de producción específico.

El capitalismo se caracteriza por las constantes transformaciones del proceso de trabajo en el marco de la lucha de clases y la competencia (Laurell, 1978), situación que obliga a modificar permanentemente la organización del trabajo con el fin de mantener el control sobre los obreros y producir el máximo de plusvalía. Estas formas de control se basan en la división del trabajo y en un desarrollo tecnológico que impone ritmos y disminuye el control por parte de los obreros sobre el proceso de trabajo.

Los principales elementos constitutivos del proceso de trabajo para Laurell son la fuerza de trabajo, los instrumentos y el objeto de trabajo. Su análisis, en las dimensiones técnica y social, hace posible comprender la complejidad de la relación entre salud y trabajo.

El análisis del objeto de trabajo en su dimensión técnica destaca las propiedades físicas, químicas y biológicas de los diferentes elementos del proceso de trabajo, como también los riesgos que implican para la salud de los trabajadores. Al mismo tiempo, este análisis, en su dimensión social, determina cómo estos objetos de producción son seleccionados de acuerdo a la mayor ganancia que puedan producir, sin importar las consecuencias en la salud (Laurell, 1978).

Por otra parte, la consideración de los instrumentos o medios de trabajo, desde su dimensión técnica, permite analizar el grado de sofisticación técnica del proceso de trabajo y las consecuencias que produce en los trabajadores. Asimismo, desde el punto de vista social, para Laurell (1978), los instrumentos de trabajo son la expresión de relaciones sociales que imponen con la sofisticación técnica (ej.: las máquinas) el ritmo de trabajo y limitan el poder del trabajador sobre su proceso de trabajo. En este punto, el ritmo de trabajo y la menor autonomía de los trabajadores con respecto al proceso de trabajo tienen una íntima relación con el estrés y con el riesgo de accidentarse en determinadas condiciones.

El tercer elemento y el más importante del proceso de trabajo, para Laurell, es el trabajo propiamente dicho, entendido como la fuerza de trabajo necesaria para

su ejecución. Las diferentes formas de utilizar la fuerza de trabajo, en la sociedad capitalista, están dirigidas a la extracción de plusvalía absoluta y relativa. Estas formas de utilización de la fuerza de trabajo generan diferentes consecuencias para la salud de los trabajadores. La plusvalía absoluta se refiere a todas las intervenciones orientadas por el capital para producir mayores ganancias a través del aumento de la jornada laboral o la disminución de los salarios. Estas intervenciones, características de los procesos de trabajo con baja sofisticación técnica, provocan efectos diversos en la salud de los trabajadores, relacionados con el menor tiempo de descanso, el alto consumo calórico y el alto esfuerzo físico. En el caso de la plusvalía relativa, las acciones del capital están dirigidas a aumentar la productividad a través de la inversión tecnológica o por medio de la intensificación del trabajo. Las consecuencias son el aumento de los riesgos y accidentes, producto de las nuevas tecnologías (ej.: químicos, gases), así como mayores tasas de estrés y fatiga por el menor control del proceso de trabajo por parte del trabajador (Laurell, 1978).

En resumen, las consecuencias del proceso de trabajo sobre la salud de los trabajadores dependerán de las diferentes formas de utilizar la fuerza de trabajo –las cuales a su vez, estarán definidas socialmente– y del grado de control que los trabajadores tengan sobre su proceso de trabajo, a través de los diferentes mecanismos sociales de resistencia. Asumir el punto de vista de los trabajadores en materia de salud y trabajo obliga a pensar y criticar los problemas de salud no solamente desde la dimensión técnica del proceso de trabajo, sino también desde sus determinantes sociales (Laurell, 1978).

La reflexión sobre la relevancia del trabajo en la constitución de los sujetos en las sociedades modernas capitalistas tiene en Marx un lector atento a contribuir a una articulación del modo de producción del capital. Su reflexión original determinó precisamente el reconocimiento no solo de la capacidad creadora del trabajo, sino de su posibilidad como medio de un proceso de valorización; esto es, de la producción de plusvalía (Dobb, 1983). De esta manera, si la finalidad más importante es la sustracción de plusvalía, el mecanismo que asegura esa producción se asienta en la sustitución de trabajo vivo (los propios trabajadores) por trabajo muerto (tecnología y maquinarias). Es decir, el problema es –puesto en la perspectiva de la clase dominante– cómo viabilizar la extracción de plusvalía en la esfera de la producción y su apropiación en la esfera de la circulación (Testa, 1997a). Esta permanente tensión bifronte es constitutiva de la determinación social en las relaciones salud-trabajo y, por lo aquí apuntado, se mantiene operativa en nuestra contemporaneidad, así como en los espacios de salud. Aun más, como apunta Mario Testa (1997a), este cuadro teórico debe ser entendido en la especificidad de su momento histórico. La extensión

de este presupuesto implica la posibilidad de desarrollar alternativas y estrategias de resistencia propositivas, tal como indicaba la experiencia del MOI o la interrupción abrupta del IMT en su momento. Ambas perspectivas se sustentaban en una tradición de pensamiento donde el conocimiento compartido con los trabajadores, como parte del proceso de formación, es una prerrogativa de los cambios en el trabajo para mejorar la salud (Reis de Souza, 2011). Un modelo donde el trabajo opera como principio educativo (Gramsci, 1999).

El neoliberalismo: crisis del Estado, el trabajo y los trabajadores

La crisis del petróleo durante la década del 70 generó un aumento del costo de la energía y las materias primas que, asociado al desarrollo del comercio internacional, comenzó a poner en crisis el modelo socioproductivo vigente (Neffa, 1999; Wehle, 1999). Esta situación se vio reflejada en la caída de las tasas de crecimiento de la producción a nivel mundial, donde el taylorismo y el fordismo mostraron serias dificultades para incrementar la productividad, mejorar la calidad y producir con variedad (Neffa, 1999). Al mismo tiempo, las formas tradicionales de controlar el trabajo asalariado por parte de los empresarios perdieron eficacia; la extrema división social y técnica del trabajo había provocado la insatisfacción y el desinterés de los trabajadores, y también, en consecuencia, la caída de la productividad y el deterioro de la calidad (Neffa, 1999).

Nuevas formas de trabajar y de vivir en el neoliberalismo

El modelo neoliberal que cobró visibilidad a fines de los 70 se concentraba en la propuesta de un Estado mínimo, el crecimiento de la iniciativa privada y el auge de los mercados financieros. La crisis de los modelos clásicos de producción masiva y en serie (taylorismo-fordismo) estuvo signada por una mayor adecuación de los modelos productivos a la lógica del mercado. Los procesos de automatización –en crecimiento– y las nuevas tecnologías invadieron el espacio fabril, y modificaron consecuentemente las relaciones productivas. Comenzó así un fuerte proceso de flexibilización y precarización laboral, que marcaba una forma diferente de inserción en el mercado con importantes impactos para la clase trabajadora (De la Garza Toledo, 1999; Antunes, 2000; 2001; Neffa, 2001). En este contexto se producen importantes debates sobre la centralidad del trabajo como eje estructurador de la sociedad, como transformador de objetos y subjetividades.

Nuevas estrategias de organización productiva

Como respuesta a la crisis y para evitar pérdidas en las tasas de ganancias, se desarrolla un nuevo modelo productivo de acumulación flexible (Amable, 2006), que tuvo sus inicios en la empresa japonesa Toyota. La estructura en redes de las organizaciones remplazó a la clásica estructura piramidal del fordismo, de modo que sustituyó una forma militar de control social por un modo de control más participativo, más flexible (Coriat, 1987). Así, el nuevo modelo se caracterizó por la descentralización de la producción y las responsabilidades, por la construcción de una cultura empresarial con formas participativas y descentralizadas de gestión, así como por la contratación de trabajadores altamente calificados y polivalentes, lo cual denotó el reconocimiento de su autonomía y creatividad. Todo esto pretendía mejorar la calidad y la variedad de los productos para adaptarse a las demandas.

Un modelo productivo emergente formulado a partir de la experiencia japonesa es la *Lean Production* o Producción Magra. Los puntos principales de este modelo se basan en la producción flexible, en cuanto a cantidad y variedad de diseños, y en el sistema *Just-in-Time*, que implica esencialmente que no se debe comenzar a producir un bien, o a prestar un servicio, si antes no está vendido o al menos comprometida su venta. Además, para la elaboración del producto se establecen estrechas relaciones con firmas subcontratistas (Neffa, 1999). En cuanto a la organización del trabajo, este modelo se caracteriza por tener una organización interna de tipo eminentemente cooperativa y descentralizada, que reduce al mínimo la burocracia y el trabajo indirecto. Este tipo de organizaciones busca producir con "cero error o defectos", a fin de ser un estándar de calidad. Dentro de estos equipos se promueve la autonomía de los trabajadores para tomar decisiones respecto de los problemas emergentes a nivel del puesto de trabajo, y se busca borrar los límites entre jefe y subalterno. Así, se comprimen las escalas jerárquicas, y con esto se reduce la división social y técnica del trabajo, a fin de estimular la creatividad y motivación de los trabajadores.

Neoliberalismo y flexibilización laboral

En los 80 comienza un proceso de profundas transformaciones "en el mundo del trabajo, en sus formas de inserción en la estructura productiva, en las formas de representación sindical y política" (Antunes, 2000, p.84). Estas transformaciones afectaron a la clase trabajadora no solo en su materialidad, sino también en su subjetividad (Antunes, 2000). Con la llegada de la flexibilización y precarización laboral se hizo visible el fantasma del desempleo entre los trabajadores. Las modalidades de subempleo a tiempo parcial pasaron a formar parte de lo cotidiano de los trabajadores, y también, junto con su aceptación, el aumento de los riesgos a nivel individual (Beck,

1998; Rodríguez, 2005). Los destinos colectivos devinieron destinos personales. La generalización y naturalización del desempleo sirvieron para transferir las causas globales al nivel de lo individual, donde los fracasos del sistema, entonces, pasaban a sentirse como propios (Beck, 1998). Al mismo tiempo, las transformaciones socioculturales en búsqueda de mayor autodeterminación en la vida de las personas pusieron en crisis la concepción del trabajo como única forma de ascenso social. El sentido del trabajo, su finalidad social o la necesidad de tiempo libre empezaron a competir con la seguridad económica y la necesidad de ingresos para obtener un estatus social (Beck, 1998). Al decir de Beck (1998, p. 179):

> ... Esto tiene plena vigencia también para el caso en el que las formas flexibles de subempleo presentan interés creciente para mujeres y hombres (especialmente jóvenes); incluso a veces se reivindica a fin de compatibilizar mejor el trabajo laboral y el familiar, el trabajo y la vida.

Como consecuencia, la promesa de autonomía brindada por el subempleo transfirió las responsabilidades sobre los riesgos físicos y psíquicos a los trabajadores, junto con los costos sobre su seguridad en el trabajo (Beck, 1998; Rodríguez, 2005). La condición de vulnerabilidad que este nuevo régimen de acumulación imponía a los trabajadores implicó una desestabilización en sus modos de vida (Amable, 2006). Nuevos rasgos del carácter empezaban a ser valorados y requeridos para tener éxito en el nuevo capitalismo, la capacidad de desprenderse del pasado se tornó inevitable en un mundo donde flameaba la consigna "nada a largo plazo", que disolvía los vínculos de confianza y compromiso, y separaba la voluntad del comportamiento (Sennett, 2000; Rodríguez, 2005).

La flexibilidad laboral transformó el modo de regulación salarial: se mercantilizó la fuerza de trabajo y se produjo una retirada del Estado de bienestar con la consecuente reducción de beneficios sociales, lo que marcó una desregularización del uso de la fuerza de trabajo. Esto selló una modificación de las relaciones de poder en la sociedad salarial (Amable, 2006). El resultado fue la precarización del trabajo, se perdió la seguridad y estabilidad laboral que hasta ese momento habían estado garantizadas, las trayectorias laborales pasaron a ser difusas e inestables.

En los años 90, se produjo una profundización de las políticas neoliberales de desregulación y privatización, según Neffa *et al.* (2010). Las mismas pueden enumerarse del siguiente modo: introducción de capital privado en empresas estatales con reducción del personal y modalidades de contratación precarias, atracción de inversiones extranjeras directas, reducción de barreras aduaneras y predominio del capital financiero sobre el productivo. En América Latina este proceso se desarrolló en el marco de las consignas neoliberales del Consenso de Washington (Neffa *et al.*, 2010);

esto significó una nueva adecuación de la producción a las lógicas del mercado global (Antunes, 2000). En este marco, se creó una nueva división internacional del trabajo. Los organismos económicos internacionales –Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial– impusieron la apertura de las economías globales, el endeudamiento de los países periféricos y el achicamiento de los Estados nación. El resultado fue el aumento de las desigualdades entre centro y periferia –con mayor concentración de poder en los países industrializados (Amable, 2006)–, los tratados de libre comercio, la desregulación del trabajo, la flexibilización de las legislaciones en salud y seguridad, así como el traspaso de los riesgos a los países subdesarrollados (Rodríguez, 2005).

Como consecuencia de estas políticas puede observarse una desproletarización del trabajador industrial en los países centrales, es decir, una disminución cuantitativa y cualitativa de la clase obrera tradicional, así como un aumento de los trabajadores del área de servicios (Antunes, 2000). Paralelamente, ocurrió una significativa subproletarización del trabajo, con la aparición de diversas formas de trabajo precario, tercerizado, subcontratado, temporal e informal (Antunes, 2000).

La necesidad de las grandes empresas de reducir los costos, mantener la competitividad y aumentar la flexibilidad de la producción se reflejó en la inversión en tecnología. En este sentido, el capital encontró en los cambios tecnológicos[21] una salida a las limitaciones del modelo socioproductivo. La inestabilidad del empleo, la intensificación de los ritmos y procesos de trabajo, junto con la intelectualización del trabajo, ponen de manifiesto el uso de las nuevas tecnologías al servicio del capital, más preocupado por aumentar las tasas de producción que por disminuir los peligros del trabajo (Coriat, 1987) .

Los adelantos tecnológicos potenciados por el aumento de las inversiones en las áreas de investigación y desarrollo (I+D) crecieron a mayor velocidad que los estudios sobre los riesgos de su aplicación, situación que aumentó la brecha de conocimiento entre las cambios tecnológicos y su impacto en la salud de los trabajadores (ILO, 2011).

21 - "Se refieren a los cambios en la tecnología, es decir, al invento de nuevos productos, a la mejora de los antiguos o a la modificación de los procesos utilizados para producir bienes y servicios. Existe cambio tecnológico cuando una técnica o conjunto de conocimientos técnicos nuevos permiten obtener un mayor nivel de producción con la misma cantidad de factores o cuando es posible obtener el mismo volumen de producción con una cantidad menor de factores. Esta idea de cambio tecnológico nos remite a la noción de innovación, lo cual puede consistir en la introducción comercial de productos nuevos o mejorados (innovación de producto) o en el desarrollo de técnicas de producción nuevas o mejoradas (innovación de procesos)" (Naclerio, 1998, p. 7).

El trabajo en la sociedad del riesgo

El modelo neoliberal tuvo entre sus principales objetivos la competitividad y la flexibilidad laboral (Rodríguez, 2005). La idea de competitividad colocó a las empresas ante el desafío de mantener o incrementar sus ganancias en un mercado global. De esta manera, las empresas comenzaron a adoptar un modelo centrado en la introducción de maquinarias y tecnologías para afrontar las demandas de un mercado volátil y heterogéneo (Rodríguez, 2005). El aumento de los costos de producción, debido a la inversión en nuevas tecnologías, se vio compensado con la menor demanda de mano de obra, organizaciones descentralizadas y políticas de flexibilización laboral, que permitieron el despido masivo de trabajadores, la limitación de sus derechos laborales y el debilitamiento de las negociaciones colectivas (Rodríguez, 2005). La incorporación de tecnologías permitió a las empresas una flexibilización a nivel productivo, que junto con la flexibilización laboral permitió la transferencia de los riesgos de las empresas a los trabajadores. Estas estrategias no solo respondieron a intereses económico-financieros, sino también a intereses ideológicos que buscaron fragmentar y controlar a la clase trabajadora.

La introducción de la idea de riesgo no estuvo limitada al mundo del trabajo, sino que se apoya en una concepción más amplia que entiende que el riesgo se encuentra en cada espacio de la vida, en cada nicho de la sociedad. Así, el concepto de sociedad del riesgo, descripto por U. Beck (1998), coloca al riesgo en el centro de discusión de la sociedad capitalista, desplazando los conceptos centrales de la modernidad: trabajo, familia, ciencia y progreso. Para Beck (1998), la sociedad industrial de fines del siglo XX alcanzó un punto donde la distribución de los riesgos dominó el plano de lucha social. De esta manera, la lógica de producción de riesgos pasó a dominar a la lógica de producción de riqueza. Los riesgos desde esta mirada buscan generar una sensación de inseguridad, peligro, carencia, y nuevas necesidades. Esta lógica hace del riesgo la fuente inagotable e insaciable de generación de demandas (Beck, 1998). La introducción del riesgo como categoría central en la sociedad industrial encaja perfectamente en la lógica del capitalismo (Beck, 1998).

Por otra parte, Beck (1998) argumenta cómo los riesgos producidos por la sociedad industrial han alcanzado una magnitud de la cual ya nadie puede escapar. Los riesgos químicos o nucleares desarrollados por la sociedad industrial trascienden los límites de espacio y el tiempo, y por lo tanto, su alcance es global (Beck, 1998). Al mismo tiempo, los riesgos del nuevo modelo socioproductivo provocaron profundos cambios en las relaciones sociales, introduciendo nuevos riesgos en la vida cotidiana de las personas. Los riesgos de perder el empleo o la necesidad de especializarse

cada vez más para competir por un puesto de trabajo son algunos ejemplos que, para Beck (1998), demuestran su papel central en la sociedad. A su vez, el subempleo y la precarización laboral borraron los límites entre el trabajo y el no trabajo.

La teoría sobre una sociedad del riesgo despierta una mirada por momentos irreversible y catastrófica de la sociedad, que deja a los sujetos conscientes y vulnerables a las consecuencias del nuevo modelo socioproductivo. En este sentido, la individualización de los riesgos, al igual que su alcance global, augura un pronóstico apocalíptico que los sujetos poco pueden cambiar. La teoría sobre la sociedad del riesgo forma parte de una saga de propuestas que han cuestionado la centralidad del trabajo en la sociedad, y con ello su poder transformador.

Las tesis del fin del trabajo

En ese escenario se insertó un debate alrededor de la desaparición de la clase obrera y la centralidad del trabajo como categoría explicativa de la praxis humana, que alcanzó su clímax en los últimos años de la década de los 80 y principios de los 90 del pasado siglo. A. Gorz (1982; 2003), C. Offe (1985), J. Habermas (2009) y J. Rifkin (2002) fueron algunas de las principales voces que se alzaron en defensa de la tesis del fin del trabajo y la clase trabajadora.

El filósofo y periodista austriaco André Gorz (1923-2007) publicó en 1980 la primera edición en francés del libro *Adiós al proletariado (más allá del socialismo)*. En este ensayo, Gorz (1982) considera que el desempleo, la volatilización y la individualización del trabajo se estaban constituyendo en formas evolutivas irreversibles. Sus tesis además apuntaban al referencial marxista en el modo en que la categoría trabajo ordenaba la interpretación de la sociedad tal cual ella era, esto es: la sociedad capitalista. Su enunciado era en extremo simple:

> ...el marximo está en crisis, porque hay una crisis del movimiento obrero. Se rompió a lo largo de los de los últimos veinte años, el hilo conductor entre el desarrollo de las fuerzas productivas y el desarrollo de las contradicciones de clase (Gorz, 1982, p. 18).

Así, para Gorz el proletariado, como sujeto histórico capaz de tomar a su cargo el proyecto socialista, estaba desapareciendo. El trabajo tal y como se conoce aún hoy (trabajo asalariado) es para Gorz (1982; 2003) una categoría sociohistórica inventada por el capitalismo que, a su juicio, estaba perdiendo su verdadero sentido al estar separado de quien lo produce y tener un carácter esencialmente mercantil. El fin del trabajo aparece para Gorz (1982), como una alternativa plausible a la sociedad salarial, que sustenta el logro del desarrollo personal por fuera del espacio del trabajo.

Gorz (2003) defiende así la necesidad de desear la muerte del trabajo, como se le conoce hoy, si se quiere que perdure lo que él llama "el verdadero trabajo", el trabajo en su sentido antropológico de transformación de objetos y subjetividades. Esta extinción estaría generando una masa creciente de desempleados y una aristocracia creciente de trabajadores protegidos, entre las cuales habría un proletariado de trabajadores precarios (Gorz, 1982). Por eso, en particular, las teorías basadas en los sujetos que identifican en la clase trabajadora un activo para la transformación no tendrían más vigencia.

C. Offe y J. Habermas también desarrollaron sus posturas en torno a la pérdida de centralidad del trabajo como categoría explicativa de la actividad humana. Habermas (2009) se refiere a la pérdida de la fuerza persuasiva de la sociedad del trabajo, que podía haber comenzado con un debilitamiento de la fuerza de un Estado ahora incapaz de doblegar al capitalismo; para Habermas, las utopías pasaron del concepto de trabajo a los de interacción y comunicación (Neffa, 2001). Offe habla de la desaparición de una sociedad del trabajo al analizar los cambios que comenzaron a producirse en la población económicamente activa y los mercados de trabajo (Neffa, 2001). En este sentido, argumentaba que: 1) la segmentación del mercado impediría la construcción de identidades colectivas; 2) los cambios en las condiciones de vida estarían llevando a una pérdida del valor del trabajo frente al placer del consumo; y 3) los cambios en los modos de producción cambiarían las dinámicas del trabajo y las relaciones emergentes. Offe estaba colocando el acento en el mundo del no trabajo y en las biografías individuales como espacios centrales de construcción identitaria colectiva. El trabajo en el sector servicios es un ejemplo claro que representa el conflicto emergente entre una racionalidad sustantiva típica del sector y otra instrumental propia del trabajo productivo, que hacen menos significativo el hecho de ser *empleado* y ya no más un punto de partida para asociaciones identitarias colectivas (Offe, 1994).

Los méritos de estas tesis residen en apuntar las armas de la crítica a un aspecto de extrema importancia para el movimiento de trabajadores, al minar las posibilidades teóricas de articular una práctica con proyecto políticos de cuño emancipatorio.

La tesis del fin del trabajo amplió su espectro de debate con la publicación, en 1996[22], del libro *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*, del sociólogo, economista y consultor político estadounidense J. Rifkin[23]. Este trabajo, constituido en *best seller*, diagnostica la muerte

22 - En 1995 fue publicada la primera edición en inglés.

23 - J. Rifkin fue asesor del vicepresidente Al Gore, durante la administración demócrata de Bill Clinton (1993-2001).

del trabajo a manos de los procesos de automatización y cambios tecnológicos que comenzaban a gestarse en las décadas anteriores. Para Rifkin, la nueva generación de tecnologías de las comunicaciones y la información estaban sustituyendo poco a poco a los seres humanos; así, devenían en las causantes de una fuerte reducción de puestos de trabajo en Europa, Japón y EUA (Rifkin, 2002; 1996). Este proceso, que Rifkin compara con una epidemia mortal, estaría marginando a miles de trabajadores industriales, incluso a trabajadores del emergente sector de servicios, quienes comenzaban a formar parte de lo que él llama *el nuevo ejército de reserva* (Rifkin, 2002; 1996). Los crecientes niveles de desempleo percibidos en las últimas décadas del siglo XX estarían hablando, para Rifkin, de una muerte lenta del trabajo y la clase trabajadora, cuya salvación se encontraría –tal y como anunciaran antes Gorz y Offe– en el mundo del no trabajo, en un espacio alejado del Estado y las instituciones. Ese espacio es lo que el autor llama el *tercer sector* (Rifkin, 2002).

De la Garza Toledo (1999) y Neffa (2001) sintetizan las ideas del fin del trabajo –defendidas por esos autores– en cuatro tesis fundamentales:

- **Tesis 1**: La decadencia del sector industrial con respecto a los servicios, así como la extensión de empleos atípicos, trabajos precarios, parciales, eventuales, de mujeres y minorías étnicas, estaría relevando una heterogeneidad en los trabajadores y una fragmentación de las identidades tradicionales.

- **Tesis 2**: El fin del trabajo, entendido sociológicamente, se refiere al fin de la centralidad del trabajo como estructurador de relaciones sociales y conformador de identidades colectivas.

- **Tesis 3**: El trabajo pierde su importancia como generador de valor, en una sociedad donde la riqueza comienza a crearse en el mundo financiero, especulativo.

- **Tesis 4**: La crisis del mundo del trabajo emerge como resultado de la lucha perdida por la clase obrera de los 80; es una crisis en el campo político que desplazó la lucha obrero-patronal por la lucha de los mercados.

A las tesis de los clásicos pensadores del fin del trabajo, se contrapone un grupo importante de publicaciones, con amplia representación latinoamericana, que cuestionan la idea de la muerte de la clase trabajadora y de la pérdida de centralidad del trabajo como categoría explicativa y estructuradora de la actividad humana.

No caben dudas de que el contexto sociohistórico de las dos últimas décadas del siglo XX planteó fuertes cuestionamientos al papel del trabajo y los trabajadores en procesos relevantes como la producción de valor, la construcción de identidades y las relaciones sociales en general. De la Garza Toledo (1999) estima que los gran-

des marcos teóricos antes planteados –sobre todo los de Gorz y Offe, que a su juicio fueron los más completos y elaborados– estarían apoyando tesis posmodernas de desarticulaciones, fin de las ideologías y fin de la historia, que se proponían desterrar al marxismo del horizonte de construcción teórico y político. En ese sentido, apunta:

> ...Con modalidades muy diversas, parecería que estos autores están dando cuenta, más que de las transformaciones concretas del trabajo, del derrumbe de la utopía del socialismo y de la clase obrera como sujeto; hay una suerte de regocijo y de alivio de que el peligro de una sociedad –no del trabajo, sino de los trabajadores– haya desaparecido; se trataría de fundarlo teóricamente y además de enterrarlo para siempre, no vaya a revivir en algún momento (De la Garza Toledo, 1999, p. 757).

Para los críticos de la tesis del fin del trabajo, los argumentos planteados carecerían de sustento teórico y empírico (De la Garza Toledo, 1999; Antunes, 2001; Neffa, 2001). Para Antunes (2000; 2001), hablar de un adiós al trabajo se corresponde con una apreciación exagerada de un sorprendente reduccionismo, que deja fuera una importante dimensión analítica, pues se considera uniforme un fenómeno que tiene una doble dimensión. A su juicio, cuando se habla de una crisis del trabajo, resulta fundamental discernir si se trata de una crisis en el trabajo abstracto, en tanto trabajo asalariado, mercancía extrañada del contexto de vida del productor, o en el trabajo concreto, como estructurador del intercambio entre los seres humanos y la naturaleza (Antunes, 2000; 2001). Como parte de este discernimiento teórico, Antunes considera que el trabajo que estaría en crisis es el trabajo abstracto, asalariado, no el trabajo socialmente útil; este último, a su juicio, sigue conservando su razón de ser.

Otro de los elementos que plantean una discordancia con las ideas de fin del trabajo y la clase trabajadora tiene que ver con que a fines del siglo XX se constataban múltiples formas de trabajo precarizado, sobre todo en el sector agroindustrial; a esto se suma el hecho de que gran parte de lo que Antunes llama *la-clase-que-vive-del-trabajo* [24] –la clase que se desempeña en el sector productivo– se radica en países periféricos, intermedios e industrializados, como Brasil, México, China, India y Corea (Antunes, 2000). Por otra parte, el proceso de crecimiento de las tasas de desempleo como causante de la crisis del trabajo planteada por Gorz, Offe y Rifkin estaría dando cuenta de una situación propuesta para un grupo de países centrales, como Japón, EUA y algunos países europeos. En Canadá y Latinoamérica, la situación se presenta diferente, lo cual para De la Garza Toledo (1999) muestra el carácter eurocéntrico de las concepciones sobre el fin del trabajo. El contraste de la caída del desempleo en el sector industrial, con el aumento del número de ocupados en el sector de servicios, así como la dificultad para distinguir entre trabajo, empleo y actividad, constituyen

24 - Cursiva y guiones del autor.

también argumentos fundamentales en contra de la llamada futurología del trabajo (Neffa, 2001; De la Garza Toledo, 1999).

Por otra parte, también deben destacarse las interpretaciones de determinaciones lineales entre las transformaciones en la base técnica y fenómenos como la *identidad colectiva* (Gorz, 1982), la *ética del trabajo* (Offe, 1994) o incluso la *respetabilidad* de los referenciales marxistas (Gorz, 1982; Offe, 1994). Asimismo, otros estudios enfatizan el carácter *mediado* de las construcciones culturales con las cuales los trabajadores elaboran su identidad de clase (Hobsbawm, 2012; Thompson, 2009), y demuestran entonces la dificultad de elaborar derivaciones automáticas de una conciencia de clase a partir de las diferentes formas de trabajo. Esta complejidad es contraria al propio ejemplo de los trabajadores del sector servicio que, en tanto se organizan en torno de reivindicaciones salariales o de la disputa por derechos derivados de la seguridad social, exhiben formas de organización y lucha que poco se diferencian de las exhibidas por los trabajadores del sector clásicamente encuadrado en lo productivo. Basta repasar la experiencia de las huelgas de funcionarios públicos franceses en los 90 o la de maestros en Argentina y Brasil para emplazar empíricamente las tesis de Offe. Aun más, podría decirse, sobre el enunciado de las transformaciones en la identidad de clase en el contexto de la transformaciones del mundo del trabajo, que (aunque sea verdadero) debe ser elucidado en todo caso en tanto cómo es que se da esa influencia.

Finalmente, también puede ubicarse el movimiento operado por Gorz, Offe o Rifkin en el contexto generalizado de una llamada crisis de paradigmas. Si bien el alcance de una revisión exhaustiva del término está mucho más allá de los objetivos de este texto, sí queremos señalar que la iniciativa se ordenó en la tergiversación de categorías como trabajo alienado o lucha de clases, fortaleciendo premisas alternativas agrupadas en la crisis de las metanarrativas. Esto permitía reconocer el trabajo ordenado en nuevos paradigmas, que se expresan en nuevas corrientes o proyecto políticos que jerarquizan el carácter democrático de las identidades restrictas (no reducibles a las clases) de la orientación microrrevolucionaria de los movimientos políticos y sociales, volcados a situaciones de lo cotidiano y menos preocupadas por la interacción con el Estado. Así, la revolución sin la toma del poder o la revolución de lo cotidiano serían la nueva utopía de estos movimientos sociales. No es prudente generalizar para todos los casos concretos la crisis del paradigma del trabajo –es decir, de un proceso de transformación desde la sociedad del trabajo a una sociedad del fin del trabajo ocurridas en el momento presente–, sino solo en la medida en que las situaciones particulares del mundo del trabajo (como las que son desarrolladas en la presente investigación) fueran concebidas y tratadas como momentos de una

totalidad que nos permita levantar hipótesis sobre la crisis del paradigma del trabajo. Ideas, teorías y paradigmas de los diferentes proyectos políticos vuelven y se resuelven en sí mismos para explicarlos, aunque es preciso pensar en los sujetos históricos que articulan los mismos para lograr una comprensión de sus significaciones.

Frente a las limitaciones antes planteadas de las tesis del fin del trabajo, Antunes (2006) propone la necesidad de operar con la noción de nueva morfología o polisemia del trabajo. A su juicio, el contexto antes descrito estaría hablando de un proceso de mayor heterogeneización, fragmentación y complejización del mundo del trabajo que comenzó a gestarse desde la década de los 80 (Antunes, 2000; 2001; 2006). Esta nueva morfología o metamorfosis del mundo del trabajo se estaría verificando en:

- Una **desproletarización** del trabajo industrial, signada por una disminución de la clase obrera tradicional (industrial, manual y fabril) y un aumento del sector servicios.
- Una **subproletarización** intensificada, marcada por el aumento del trabajo precario, parcial, temporario y vinculado a la economía informal.
- Una **tercerización** de algunos sectores, fundamentalmente de servicios.
- Una **heterogeneización** en el trabajo obrero, debida a la incorporación de un importante contingente femenino.

Para Antunes (2000; 2001), las transformaciones antes mencionadas estarían dando cuenta de un proceso complejo, contradictorio y multiforme, que no marca una tendencia única y generalizada en el mundo del trabajo, menos aun de un proceso lineal de pérdida de centralidad del trabajo o de eliminación de la clase trabajadora. Y agrega:

> ...Se complejizó, se fragmentó y se hizo aun más heterogénea *la-clase-que-vive-del-trabajo*[…]. Todo esto nos permite concluir que ni el proletariado desaparecerá tan rápidamente, y lo que es fundamental, no es posible proyectar, ni siquiera en un futuro lejano, ninguna posibilidad de eliminación de *la-clase-que-vive-del-trabajo* (Antunes, 2001, p. 67).

Este proceso de heterogeneización y complejización de la clase trabajadora aporta una mirada mucho más amplia de la problemática del trabajo y los trabajadores, una mirada que reconoce la persistencia en la sociedad actual de profundos antagonismos entre capital y trabajo, que adopta características disímiles en cada sector de la economía, en cada región. El complejo y heterogéneo universo de las clases que *viven del trabajo* coloca en el centro de la escena la necesidad de entender la reconfiguración de las formas que el trabajo y el valor asumen para realizarse

en los escenarios contemporáneos. Estas reconfiguraciones o *nuevas formas* del trabajo significan formas de representación de las organizaciones sociales y políticas laborales diferentes a las tradicionales. En este sentido, una sugestiva experiencia en América Latina la representa el movimiento de ocupación/recuperación de fábricas, y que en Argentina se expresó como una respuesta al desempleo abrumador derivado de la crisis de recesión económica de los años 90. Las tentativas analíticas para comprender el movimiento por el cual los trabajadores, en "defensa de los puestos de trabajo", "ocupan", "recuperan" y "asumen la gestión y dirección" de las empresas declaradas en quiebra plantea debates relevantes por las posibilidades que abre y por la actualización sobre una cuestión central como es la división social del trabajo (Paniago, 2012).

A los fines del presente texto nos parece importante destacar dos elementos relevantes del debate abierto por estas experiencias. En primer lugar, la modificación de las coyunturas críticas que vieron el auge de este movimiento, sintetizado en el lema "ocupar, resistir, producir", coloca en primer plano el tema de la expropiación de los expropiadores, y –por lo menos en el corto y mediano plazo– nada garantiza que se vayan a modificar las determinaciones de la estructura social de los derechos de propiedad existentes. Los cambios dependerán de la dinámica de la acciones colectivas con capacidad para ampliarse a otros espacios productivos y de la propia sociedad (Mészáros, 2002, p. 628).

El segundo elemento de interés son los hallazgos, en diferentes experiencias argentinas, brasileñas y uruguayas, de la ausencia de modificaciones en el proceso de trabajo inscriptas en una relación de continuidad con las experiencias anteriores a la ocupación/recuperación. Esta persistencia pudiera encontrar una explicación en una escasa problematización, en el contexto de estas experiencias, de las tecnologías, la división del trabajo y las tareas de gestión eficiente (Fajn y Rebón; 2013).

Si bien el debate sobre el fin del trabajo y la clase trabajadora tuvo su momento de auge en las dos últimas décadas del siglo XX, podría decirse que el tema aún permanece vigente. El informe del VI Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, celebrado en México en el 2010, volvió sobre la crítica al fin del trabajo, rescatando la hipótesis de complejización y transformación del campo (De la Garza Toledo, 2010). El informe hizo énfasis en los desafíos de las ciencias del trabajo de superar el pesimismo posmoderno y ampliar el espectro de sus problemas, extendiendo sus conceptos y creando otros que permitan analizar antiguas y nuevas formas de trabajo. ¿Qué mayor muestra del antagonismo capital-trabajo que la actual crisis de las sociedades europeas y estadounidense? ¿Qué mejor muestra de vida de la clase trabajadora que miles de personas *indignadas* en contra del sistema financiero global,

reclamando sus derechos a la participación, al trabajo? Así, el sentido de las transformaciones en curso escapa a los autores mencionados, y tampoco parece resultar tan radical en tanto no modifica el contenido de la subordinación del trabajo al capital.

Trabajo y salud: interfaces en debate

Es preciso volver en este momento sobre el foco de este trabajo que identifica a los trabajadores de la salud como "punta del sistema" y del cual partimos para reflexionar sobre la relaciones entre salud y trabajo casi como una redundancia, un juego de palabras. Por el tono de esas reflexiones, esos cambios en la percepción del mundo del trabajo parecen pertenecer al mediodía o al atardecer. Sin embargo, ese atardecer se refiere tanto más a los límites de un postulado que identifica de modo privilegiado un punto de ruptura donde las bases de un proyecto emancipatorio se constituye (Fleury, 2009; Laclau y Mouffe, 2010), antes que a la desaparición misma del trabajo. O, aun más, el proletariado, que antaño resumía la identidad del actor social de la transformación, por excelencia representado por el proletariado industrial, encontró límites en tomar por base a los trabajadores manuales como marco adecuado para proporcionar elementos críticos hacia una transformación social radical (Mészarós, 2002). Por otro lado, lejos de desaparecer el trabajo, un volumen importante de estudios verifican una descentralización en la comprensión de la determinación social salud-enfermedad-atención-cuidado, problemática que ha sido objeto de reflexión desde diversos campos de conocimiento: en la salud colectiva, tales como la gestión y las políticas (Merhy, 2006; Campos, 2006; Spinelli, 2011); en las ciencias sociales (Minayo, 1997; Noriega, 1995; Laurell, 1978) o en la epidemiología (Lipscomb, 2006; Krieger, 1999).

Algunos ejemplos prácticos del mundo del trabajo parecen desautorizar esta descentralización, donde en la vida concreta de quienes trabajan en condiciones de precarización y flexibilización laboral se produce una vuelta jerarquizada del trabajo, que se impone asimismo a otros ámbitos de la vida. Estudios sobre los modos de producción de las cadenas tipo *McDonald's* o *Walmart* (Ritzer, 2002) se inscriben en esta línea. Aun más, el trabajo se constituye en articulador identitario de sujetos sociales cuya centralidad es precisamente la ausencia de trabajo, como el caso de los movimientos de desocupados. En este sentido, la problemática del trabajo remite a la constitución de la identidad del sujeto social, central para una teoría de las relaciones entre la salud y el trabajo.

Como ha sido señalado en los apartados anteriores, la resonancia de la llamada crisis del trabajo tuvo un desarrollo importante en los países centrales o desarrollados

(Gorz, 1982; Offe, 1985; Rifkin, 1996; Forrester, 1997), en tanto que en los países en vías de desarrollo se expresó por la discusión sobre los significados del trabajo (De la Garza Toledo, 2000). Así, las fronteras entre lo que pudiera ser considerado *trabajo y no trabajo* (De la Garza Toledo, 1997) no depende del tipo de actividad o del objeto de esta actividad, sino que estarían dadas por la articulación existente de las relaciones sociales. Esta perspectiva permite considerar otras dimensiones relevantes vinculadas al trabajo, como la cultura y el poder, recuperando la significación social del trabajo: el *¿para qué trabajamos?, ¿por qué trabajamos?* Es decir, permite pensar renovadamente las relaciones entre el trabajo y el capital, por ejemplo. Estos hechos parecen desautorizar –o por lo menos proponen *pensar en salud* con teleologías diferentes– las tesis inspiradas en el fin del trabajo.

Las prácticas de los trabajadores de la salud se desarrollan mayoritariamente en las organizaciones de salud, instituciones definidas por su complejidad (Testa, 1997a), en la encrucijada de un campo caracterizado por un capital económico concentrado; la alta autonomía de los trabajadores profesionales; un número significativo de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la complejidad del propio objeto de trabajo –la salud–; las dificultades de regulación de las prácticas profesionales; además del destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrolla el trabajo (Spinelli, 2011). Desde una perspectiva económica, sus prácticas se desarrollan en el contexto creciente de los servicios en salud, que pueden entenderse no solo como una representación de un sector de la economía, sino como un referencial para la evaluación de la producción en cualquier sector. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) centrado en el análisis de la situación de los trabajadores de la salud (WHO, 2006), sería necesario incorporar alrededor de cuatro millones de trabajadores en 57 de los países miembros para cubrir las necesidades de prestación en salud adecuadas para la población. Esto es, se propone incorporar más trabajadores a contramano de la búsqueda de propuestas técnicas para la resolución de los problemas organizacionales (Idárraga, 2001). Ese contrasentido, que abre las puertas a una revalorización del trabajo, es también campo fértil de propuestas de gestión que invocan una nueva cultura del trabajo, el trabajo en equipo, el trabajo en grupo, y sobre todo la identidad como factor de competitividad.

En términos de diseño de los currículos de graduación o posgraduación en la Argentina, la temática salud-trabajo no está siempre presente. Por ejemplo, el contenido académico en el pregrado es escaso, no existen materias específicas, aunque algunas categorías conceptuales son utilizadas en el contexto de las enfermedades profesionales o de los riesgos en el trabajo, como la exposición a sustancias. Algunos otros conceptos inscriptos en el paradigma de la Salud Ocupacional se enseñan en

materias como Medicina Interna, Toxicología y Medicina Legal, aunque no existe una integración conceptual.

El contexto de la formación de posgrado en salud tampoco es diferente. En 1972, se sancionaron en Argentina un conjunto de leyes –que tomaron como referencia la recomendación 112 de la OIT– que regulaba la incorporación de servicios de salud ocupacional y de seguridad e higiene en aquellas compañías con más de 150 trabajadores, en cualquier rama productiva, o de más de 300 trabajadores, en el caso de aquellas pertenecientes a la producción de servicios. Esto generó un incremento en la demanda de profesionales de la salud con formación específica en la temática salud y trabajo, que a medida que se dio respuesta a esa demanda, fue absorbida por el sector privado. En la actualidad, no hay residencias con entrenamiento en salud de los trabajadores en el ámbito público, como las hay en cualquiera de las otras áreas de formación médica con base en un período de 3 años (Werner, 2000). De esta manera, la formación de los profesionales se realiza en el ámbito privado, gestionado por instituciones o asociaciones de profesionales especialistas. Con excepción de algunas experiencias aisladas, no existen maestrías o doctorados con eje en Salud de los Trabajadores. Indudablemente, con la ausencia de una política educativa destinada a jerarquizar esta problemática, difícilmente sea posible identificar esas complejas determinaciones entre salud y trabajo en las prácticas de los servicios.

Por último, difícilmente podamos cerrar el capítulo, sino dejarlo al curso de las preguntas planteadas, las trayectorias descriptas y las reflexiones compartidas. El lector habrá percibido la tensión permanente de la pérdida de la centralidad del trabajo, cuando el mismo ya no parece ni tan central ni tan determinante en la salud. Por otro lado, si el proceso de trabajo en salud se realiza sobre determinadas relaciones sociales (proceso de producción), es lógico encontrar al sujeto presente en cada uno de esos momentos; de ahí el énfasis puesto en la subjetividad del mismo. La centralidad de la subjetividad, así como las dinámicas de esos procesos, parecen reflejarse, por ejemplo, en las propias identidades del trabajador, quizás en su momento más dinámico e inespecífico: en la transformación del trabajador en ciudadano, como una nueva interface de integración social.

Metodología

En este capítulo se presentan cuestiones metodológicas y algunas notas de interés para la producción de líneas de investigación sobre las relaciones entre salud y trabajo que incluyan un componente empírico –la producción de datos–. La metodología es aquí entendida del modo que Minayo (2004) la define: como camino del pensamiento. Ese camino determina ciertas ideas acerca de qué es lo que el investigador (o colectivo) hace cuando investiga. Por lo tanto, antes que una descripción de los métodos y técnicas, indica las elecciones y lecturas operacionales que el colectivo hace de los constructos teóricos. El sentido de la integración teórico-práctica de este capítulo procura recuperar el trabajo de campo como conocimiento y creación que enriquecen a la metodología. De esta manera se detallan el proceso de definición del marco muestral, el banco de datos utilizado para dicha definición, así como los criterios de inclusión y exclusión y la técnica de muestreo adoptada para dar cuenta de las preguntas de la investigación.

A fin de complementar los resultados se exponen en el texto los problemas de la investigación con notas de campo intercaladas, se describen las dificultades del trabajo en campo que tensaron los tiempos y plazos operativos de la investigación y, se presentan los ajustes realizados en la muestra derivados de la naturaleza dinámica de la población de trabajadores de la salud, entre otras cuestiones. El espíritu de ese capítulo –que estimamos urgente y necesario– busca sobre todo recuperar las condiciones de emergencia y el proceso de producción de conceptos y categorías que fueron construyendo el modo de ver el mundo durante el proceso de investigación. Se hace una descripción del cuestionario utilizado durante el trabajo de campo para la producción de los datos, explicitando los diferentes módulos que se consideraron para la definición de las variables seleccionadas y sus dimensiones.

Se incluye también un capítulo de carácter práctico sobre aspectos éticos y no viceversa: un capítulo de ética para la práctica. Generalmente, a excepción de las obras especializadas, las referencias a cuestiones éticas en las investigaciones se resumen en la enumeración de las aprobaciones de los proyectos por tal o cual comité. Tal modo de presentarlas resulta insuficiente, sobre todo cuando en el campo

científico cada vez ocupan una centralidad mayor las incumbencias y procedimientos éticos (Weed, 1997; Ugalde y Homedes, 2011). En este sentido, la reflexión es práctica no solo por la descripción enumerada de los comités, procedimientos y protocolos presentados; sino también por señalar tensiones subyacentes en la búsqueda de soluciones totalizadoras en el discurso de la ética. Por ejemplo, tal proceder se presenta como un modo de reordenar complejidades del campo habituadas a registros y patrones de procesos de investigación ordenados bajo una lógica afín a los ensayos clínicos, antes que a otros diseños de estudio sociales o poblacionales para la producción de información.

Finalmente, podemos señalar que los problemas metodológicos remiten a una totalidad de la cual la investigación trata de dar cuenta como camino recorrido, o como desarrollo de constructos que son operadores de la realidad y cuya fuerza crítica desestabiliza convidando al juego del pensamiento creativo, siempre.

Universo y diseño de la muestra en la etapa inicial

En una primera instancia se consideró como universo objetivo de la investigación a los trabajadores de la salud cuyas tareas se desarrollan en los establecimientos de dependencia provincial pertenecientes a las regiones sanitarias V, VI, VII, XI y XII de la provincia de Buenos Aires. Quedaron excluidos de este universo los trabajadores que desarrollan actividades en las residencias de salud, aquellos asignados a los centros de atención a las adicciones y los que prestan tareas en el primer nivel de atención, además de contratados y concurrentes.

Se definieron tres áreas geográficas de interés, la Zona Norte (región V), Zona Oeste (regiones VII y XII) y Zona Sur (regiones XI y VI). También se consideró conveniente poder obtener estimaciones para tres categorías ocupacionales: los profesionales, los técnicos y el conjunto de personal de servicios, obreros y administrativos.

La entidad que solicitó el presente estudio tenía como propósito que participara personal de todos los establecimientos que integran este universo. Esto surgió luego de discutir acerca de que la demanda inicial de obtener estimaciones por establecimiento, haría elevar el tamaño de muestra total a una cantidad que no resultaría viable.

Para contemplar este pedido, y asumiendo la posibilidad de financiar una muestra grande, se consideró un diseño muestral estratificado con selección simple al azar, que permitiera obtener estimaciones separadas para cada zona. Para conseguir también estimaciones por perfil profesional, se optó por asignaciones no proporcionales, a fin de garantizar un mínimo tamaño de muestra en cada grupo. Como se esperaba cierto nivel de rechazo al realizar la encuesta o de dificultades para localizar

a los trabajadores seleccionados, se decidió ampliar el tamaño de la muestra considerando que el nivel de participación tendría un mínimo de alrededor del 70%.

Marco muestral

El marco de muestreo se conformó a partir de listados informatizados provistos por la Dirección de Personal del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, que constaban de diversas variables, entre las que se seleccionaron: nombre y apellido, sexo, y el perfil ocupacional. El año de actualización del marco muestral fue el 2010.

Estos listados fueron sometidos a un proceso de análisis, depuración y consolidación en un único marco, para lo cual se eliminaron registros duplicados, personal jubilado o dado de baja y personal en comisión en servicios de salud que se ubican fuera del área geográfica definida o cuya ubicación no se puede determinar. Fueron excluidos también algunos perfiles profesionales minoritarios (abogados, contadores públicos y licenciados en administración).

En la Argentina la producción de información sobre Recursos Humanos en Salud no tiene un marco regulatorio común, lo que hace que su producción sea asistemática, dispersa en fuentes diversas y con criterios de recolección y categorías analíticas heterogéneas (Abramzón, 2005).

Los datos provistos por la Dirección de Personal del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires utilizados para la construcción del universo y selección de la muestra, corresponden a los trabajadores contratados por el régimen designado para el personal de la Administración Pública de la provincia de Buenos Aires (Ley 10430[1]) y los trabajadores incluidos en la Carrera Profesional Hospitalaria (Ley 10471[2]). Para la construcción de este banco de datos no existe un criterio uniforme sobre el modo en que los registros se definen o se completan, pues no fue posible identificar las tablas de códigos y el diseño de registro. Desde una perspectiva informática, las tablas de códigos son una manera de organizar la información que se

1 - La Ley 10430 y modificaciones, constituye la norma que regula la admisión, ingreso, disponibilidad, derechos y deberes del personal de la Administración Pública de la provincia de Buenos Aires, clasificados en personal de planta permanente (con estabilidad y sin estabilidad) y personal de planta temporaria (personal de gabinete, secretario privados, personal contratado, personal transitorio).

2 - La Ley 10471 y modificaciones, crea y normatiza la Carrera Profesional Hospitalaria abarcando las actividades destinadas a la atención médica integral del individuo por medio de la práctica de los profesionales de la salud, a través de diferentes acciones. Se incluye a aquellos profesionales con título de grado universitario y en algunos casos, terciarios, con la posibilidad de incorporar nuevas categorías profesionales según criterio del Ejecutivo.

encuentra en la base de datos con el fin de: guiar al responsable de la carga de datos; subsidiar el análisis de los datos cuando se trata de fuentes secundarias disponibles para uso en investigaciones; producir información para la elaboración de informes en el momento de la toma de decisiones, entre otros. Sin embargo, existen normativas sobre los sistemas de documentación que apuntan a ordenar la construcción de los bancos de datos, tales como:

1. Decreto Ley 7647/70: Normas de Procedimiento Administrativo (art. 33 al 39). Alude a la formalidad de los documentos (datos, dónde se reciben, cómo registrarlos, control del contenido, resguardo y legalidad).
2. Decreto 3066/91: Régimen General de Archivo. Se aplica a las actuaciones administrativas.
3. Decreto 300/06: Guía para la Gestión de la Comunicación Escrita en la Administración Pública.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se extendió entre noviembre del 2010 y marzo del 2012. La información de los trabajadores seleccionados para encuestar solo permitía ubicarlos en cada hospital, sin precisar en qué servicios trabajaban. De manera tal que el trabajo de campo se organizaba en dos momentos: el primero, consistía en verificar y localizar la existencia de los trabajadores seleccionados y el segundo, finalmente, en comenzar con el trabajo propiamente.

Se produjeron circunstancias en las cuales se hizo difícil contactar a los trabajadores seleccionados en la muestra. Tales situaciones estuvieron dadas por la existencia de personas cuya jubilación se hizo efectiva durante el período de trabajo de campo (el trámite demora entre 6 y 10 meses promedio) y casos de licencias médicas, maternidad, personas en comisión o renuncias. Esas fueron algunas de las circunstancias encontradas en terreno que no figuraban en los datos entregados por el Ministerio de Salud de la Provincia o sucedieron durante el desarrollo de la investigación.

Los hospitales incluidos abarcaban un área geográfica importante. Las distancias entre los mismos operaban como una dificultad en el momento de iniciar y desplegar el trabajo de campo, sin embargo aún más dificultosa fue la posibilidad de generar instancias comunes de coordinación con los actores de cada hospital. El modo de planificar el despliegue del trabajo de campo requirió ajustes para cada situación y contexto de trabajo.

Un problema común a las estrategias que desarrollamos en la coordinación

del trabajo cotidiano en el hospital, fue la imposibilidad de identificar espacios de encuentro entre los trabajadores. Desde el punto de vista espacial, las arquitecturas de los hospitales en el conurbano, superponen diferentes construcciones y remodelaciones, con lo que evidencian los diferentes momentos de la construcción. Algunos hospitales construidos como verdaderas ciudades, están intermediados por espacios verdes entre servicios (Hospital Neuropsiquiátrico *Cabred*), mientras que entre otros existen puentes o directamente calles (Hospital *Fiorito*). Sin embargo, la unidad base de aglomeración en el edificio es siempre el servicio, que representa el mayor nivel de agrupación de los trabajadores en lo cotidiano de su trabajo y el que permitía viabilizar el trabajo de campo. Cuando era posible acceder a los servicios, los problemas se manifestaban en función de la disponibilidad de tiempo de los trabajadores para poder apartarse de sus tareas habituales o aún más, con la multiplicidad de turnos horarios y días en la que los trabajadores distribuían sus tareas.

Diversos actores en el hospital contribuyeron a facilitar las tareas de trabajo de campo. La realización de entrevistas tuvo mayor viabilidad en aquellos casos en que fue posible coordinarlas en común con diferentes actores del hospital (direcciones ejecutivas y administrativas, jefatura de servicios y/o representaciones sindicales); convocando a participar y completar la encuesta en su totalidad en ese encuentro por el tiempo que demorara. Estas convocatorias se podían desarrollar concentradas en una sola jornada, o bien la mayor parte de las veces requirió volver en varias ocasiones para poder contar con una mayor participación. A estas modalidades de convocatoria y llenado de la encuesta en el tiempo promedio, las denominamos ateneos[3].

Otras situaciones ajenas al proceso de muestreo también impactaron en la continuidad del trabajo. Fue el caso de las huelgas desarrolladas por los gremios durante el trabajo de campo que se extendieron por un mes, que dificultaban así la identificación de los trabajadores seleccionados.

En vista de las dificultades mencionadas, se decidió redefinir el universo y ajustar la muestra, a fin de lograr los objetivos originalmente planteados en la investigación. De esta forma, los criterios propuestos para el nuevo universo fueron:

1. Circunscribir el universo a los hospitales generales, para lo cual se descartaron 12 hospitales, a saber: Hospital Zonal del Tórax *Dr. Antonio Cetrángolo*, Hospital Zonal Especializado de Odontología y Ortodoncia *Dr. Juan U. Carrea*, Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia *Dr. Domingo Cabred*, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría *Sor María Ludovica*,

3 - La denominación recupera la jerga de una práctica habitual hospitalaria que convoca principalmente a los médicos, para intercambiar conocimientos desde diferentes perspectivas sobre la base -generalmente-, de una situación clínica compleja.

Hospital Local Especializado "A" *San Lucas*, Hospital Zonal Especializado *Dr. Noel H. Sbarra*, Hospital Zonal Especializado *Reencuentro*, Hospital Zonal Especializado en Crónicos *El Dique*, Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil *Dr. Adolfo M. Bollini,* Instituto de Hemoterapia, Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación *Dr. José María Jorge*, Hospital Zonal Especializado en Oncología y el Hospital Materno Infantil *Ana Goitia*.

2. Limitar el espacio geográfico al conurbano bonaerense. Para ello se excluyeron los hospitales que no estaban localizados en esta región. Es decir: Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado *Virgen del Carmen*, Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos *San Juan de Dios*, Hospital Interzonal General de Agudos *General San Martín*, Hospital Interzonal General de Agudos *Prof. Dr. Rodolfo Rossi*, Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos *Dr. Alejandro Korn,* Hospital Subzonal Especializado *Dr. Dardo Rocha*, Hospital Subzonal Especializado *Dr. José Ingenieros*, Hospital Subzonal Especializado *Dr. Ramos Mejía*, Hospital Zonal General de Agudos *San Roque*.

Se definió entonces la población objetivo como *los trabajadores de la salud de los establecimientos generales de dependencia provincial pertenecientes a los partidos que conforman el Aglomerado Gran Buenos Aires*.

El tamaño total del universo resultante quedó compuesto así por 14.441 personas en 27 establecimientos, 8 de los cuales son interzonales, 18 zonales y uno local. La Tabla 11 presenta los establecimientos que componen esta nueva definición del universo y la cantidad de trabajadores según el marco muestral confeccionado, en cada una de las tres áreas de localización.

Tabla 11. Cantidad de trabajadores de salud en los establecimientos que componen el universo objeto de la investigación. Año 2010.

Zona	Nombre del establecimiento	N° de trabajadores
Norte	Hosp. Interzonal General de Agudos *Eva Perón*	958
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. Enrique Erill*	326
	Hosp. Zonal General de Agudos *Patrona V. de Cordero*	452
	Hosp. Zonal Gral. de Agudos *Magdalena Villegas de Martínez*	447
	Hosp. Zonal General de Agudos General *Manuel Belgrano*	427
	Hosp. Zonal de Agudos Gdor. *Domingo Mercante*	492
	Total Zona Norte	3102
Oeste	Hosp. Interzonal General de Agudos *Dr. Paroissien*	807
	Hosp. Interzonal Gral. de Agudos Prof. *Dr. Luis Güemes*	647
	Hosp. Interzonal General de Agudos *V. López y Planes*	672
	Hosp. Zonal General *Mariano y Luciano de la Vega*	536
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. C.A.Bocalandro*	448
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. R. Carrillo*	420
	Hosp. Zonal General de Agudos *Gonzalez Catán Km. 32*	436
	Hosp. Zonal General de Agudos *Héroes de Malvinas*	414
	Total Zona Oeste	4380
Sur	Hosp. Interzonal General de Agudos *Luisa C. Gandulfo*	627
	Hosp. Interzonal General de Agudos *Presidente Perón*	784
	Hosp. Interzonal General de Agudos *Dr. Pedro Fiorito*	677
	Hosp. Interzonal General de Agudos *Evita*	879
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. Isidoro Iriarte*	545
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. Arturo Oñativia*	462
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. Narciso López*	473
	Hosp. Zonal General de Agudos *Madre Teresa de Calcuta*	421
	Hosp. Zonal General de Agudos *Mi Pueblo*	605
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dr. Lucio Meléndez*	517
	Hosp. Zonal General de Agudos *Dra. Cecilia Grierson*	349
	Hosp. Zonal General de Agudos *Descentralizado Evita Pueblo*	504
	Hosp. Local General de Agudos *Dr. Arturo Melo*	116
	Total Zona Sur	6959

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Personal del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Rediseño de la muestra

Se asumió un diseño muestral por conglomerados en dos etapas, estratificado. Cada establecimiento constituyó una unidad primaria de muestreo. Se consideraron dos estratos en cada área geográfica, los establecimientos interzonales (estrato I) y los zonales y locales (estrato II), ya que se diferencian en tamaño, tipo de prestaciones y especialidades que brindan.

En el estrato conformado por los establecimientos interzonales, se incluyó en la muestra a todas las unidades de primera etapa (unidades autorrepresentadas), mientras que en el estrato integrado por los establecimientos zonales/locales se seleccionó el 50% de las unidades. Cabe recordar que era de interés que participara la mayor cantidad posible de establecimientos.

Con base en los tamaños medios de los conglomerados (Tabla 12) se definió la cantidad de trabajadores por seleccionar en cada establecimiento de la muestra (unidades de segunda etapa). Para el establecimiento interzonal de la Zona Norte, se establecieron 90 unidades, y para los de Zona Oeste y Sur, 70. En el caso de los establecimiento zonales, se establecieron 50 unidades. El tamaño total de la muestra resultaría así de 1.130 trabajadores. Estos tamaños fueron incrementados en función de la no respuesta esperada.

Tabla 12. Cantidad y tamaño medio de los aglomerados, según zona y tipo de establecimiento.

Tipo de establecimiento	Zona Norte		Zona Oeste		Zona Sur	
	Cantidad de aglomerados	Tamaño/ promedio	Cantidad de aglomerados	Tamaño/ promedio	Cantidad de aglomerados	Tamaño/ promedio
Hospital Interzonal	1	958	3	709	4	742
Hospital Zonal	5	429	5	451	9	444

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Personal del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Para evaluar la precisión que podría resultar en la estimación de una proporción (frecuencia de trabajadores con problemas de salud) con este tamaño de muestra, se consideró muestreo simple al azar y un efecto de diseño igual a 3. Se obtuvo que una muestra de 1.100 personas permitiría estimar para el total de la población proporciones de entre 20% y 50% con una precisión absoluta de 4 a 5 puntos porcentuales, para un nivel de confianza del 95%. Los cálculos se realizaron con el *software* EPIDAT (versión 3.0).

La selección de las unidades de segunda etapa en cada establecimiento se realizó en forma sistemática a partir del listado disponible, ordenado por categoría ocupacional, sexo y edad a fin de representar en forma aproximadamente proporcional la estructura de estas variables en la muestra. A los fines prácticos, se considerará esta selección como una muestra simple al azar de personas dentro de cada establecimiento. Se mantuvieron en este segundo diseño las personas que ya habían sido contactadas en la primera etapa de la investigación, respetando siempre los nuevos criterios establecidos.

Muestra final

El tamaño final de la muestra fue de 1.110 trabajadores en 18 hospitales. El total de encuestas efectivas por zona fue de 296 en la Norte, 315 en la Oeste y 499 en la Sur. No fue posible articular el trabajo de campo con uno de los establecimientos interzonales de la Zona Oeste, por negativa a participar.

La Tabla 13 brinda la información sobre la cantidad media de unidades de segunda etapa en cada estrato. Se observa que en la Zona Sur fue más difícil alcanzar el tamaño de muestra predefinido, pero se optó por aceptar cantidades menores de encuestas efectivas a fin de concluir el trabajo de campo.

Tabla 13. Cantidad de aglomerados y tamaño medio en la muestra final.

Tipo de establecimiento	Zona Norte		Zona Oeste		Zona Sur	
	Cantidad de aglomerados	Tamaño/ promedio	Cantidad de aglomerados	Tamaño/ promedio	Cantidad de aglomerados	Tamaño/ promedio
Hospital Interzonal	1	91	2	74	4	67
Hospital Zonal	3	68	3	56	5	47

Fuente: Elaboración propia.

Se calcularon los factores de expansión considerando para las probabilidades de selección los resultados finales de la muestra. Para los establecimientos interzonales de Zona Oeste se supuso que los dos establecimientos que participaron constituyen una muestra simple al azar de las unidades primarias debido al rechazo de uno de los establecimientos de participar de la investigación, mientras que para las otras zonas se asignó probabilidad 1 a los establecimientos. En los establecimientos zonales, se asumió muestreo simple al azar de unidades de primera etapa. Para las unidades de segunda etapa, se asumió muestreo simple al azar en todos los casos.

Consideraciones sobre los resultados

Debe considerarse, en el momento de interpretar los resultados de las estimaciones que se produzcan según lo enunciado anteriormente, que el universo quedó compuesto por los trabajadores que se desempeñan en los establecimientos generales, y que los resultados no pueden ser extrapolados a establecimientos de otras características o zonas geográficas no incluidas en el estudio.

Además, los siguientes elementos pueden introducir sesgos en dichas estimaciones:

1. El grado de actualización y completitud del listado empleado como marco muestral.
2. Los verdaderos motivos de rechazo del establecimiento donde no se permitió la realización de la investigación y los de la falta de respuesta de algunas de las personas seleccionadas.

En lo que hace a este punto, deben destacarse los esfuerzos realizados en el trabajo de campo para lograr los objetivos de muestreo establecidos. Además, el equipo de encuestadores que realizaban los contactos y encuestas, trabajaba sobre la base de listados específicos y no contaba con los marcos muestrales completos, con el fin de evitar sesgos en la selección de los participantes.

3. El nivel en que el diseño de muestreo asumido y el método de estimación –en particular, respecto de los factores de expansión establecidos– refleje la participación de las personas y establecimientos que conforman la muestra final.

Como evaluación de la muestra, se comparó el porcentaje de mujeres y la edad promedio en el universo, calculados con base en el marco muestral, y los resultantes a partir de las estimaciones basadas en la muestra final.

El porcentaje de mujeres en el universo es de 63,8% mientras que el estimado a partir de la muestra es de 68,8%. Este porcentaje ligeramente superior de mujeres (y en consecuencia, menor de varones), podría indicar un mayor interés en participar en la investigación por parte de las mujeres. En cuanto a la edad, el promedio en el universo es de 48,5 años (en los registros con datos) mientras que el valor estimado es de 49,3. Este se considera un resultado adecuado, teniendo en cuenta que se está comparando la edad indicada en los listados (año 2010) con la edad calculada en el momento en que se efectuó el relevamiento.

Por último, debe considerarse que el diseño de muestreo y el método de estimación empleado producen mejores resultados en la estimación de indicadores relativos (frecuencias relativas, porcentajes, promedios) que en la de totales (por ejemplo, cantidad de personas con una determinada característica).

Descripción del cuestionario

El diseño final del cuestionario se realizó en función de tres momentos:

1. Revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas de instrumentos seleccionados para la medición de salud de los trabajadores en salud.
2. Diseño de un mapa de variables.
3. Operacionalización del mapa de variables: relación de preguntas.

El cuestionario se dividió en 6 módulos para agrupar la exploración de un conjunto de dimensiones que dieran cuenta de las relaciones entre empleo, trabajo y salud en un espectro amplio que incluyó preguntas sobre exposición a sustancias químicas o de origen biológico, estrés laboral y preguntas vinculadas a la organización en/del trabajo.

Se formularon 145 preguntas en total, distribuyendo en el cuestionario los módulos de acuerdo a un criterio de prioridad en los datos a producir, dada la extensión del instrumento y el efecto que eso puede provocar en quien completa la encuesta. El tiempo promedio de resolución del cuestionario fue de una hora y cuarenta minutos. Se realizó una prueba piloto con trabajadores de salud profesionales y no profesionales que no formaron parte de la muestra final, a fin de adecuar y corregir aquellos ítems que así lo precisasen.

Los módulos y contenidos del cuestionario se organizaron del siguiente modo (Tabla 14):

Tabla 14. Esquema general de la organización del Instrumento.

Número de módulo	Identificador de los módulos	Numeración de las preguntas	Cantidad de preguntas
Encabezamiento	Identificación del cuestionario	Portada	----
Módulo I	Sociodemográficos y doble carga de trabajo	1-14	14
Módulo II	Salud (daños)	15-49	35
Módulo III	Proceso de trabajo	50-80	31
Módulo IV	Relaciones intersubjetivas	81-92	12
Módulo V	Estructura organizacional	93-120	28
Módulo VI	Situación laboral	121-145	25

Fuente: Elaboración propia.

Una cuestión importante, aunque no siempre transparente, es el momento en el que un instrumento está *"listo"* para ser utilizado. Tensión siempre presente en cualquier instrumento original desarrollado para dar cuenta de los fenómenos en estudio.

La primera edición del cuestionario fue puesta a crítica de pares y revisada por los responsables de los diferentes momentos de la investigación. Sin embargo, la vasta gama de detalles y opciones –incluso subjetivas–, que emergen durante la implementación, demanda un continuo trabajo de perfeccionamiento sobre el instrumento que no se agota siempre en una primera entrada en el campo. Como toda investigación, de naturaleza procesual, el desempeño del instrumento durante el trabajo de campo obligó a prescindir de algunas dimensiones del cuestionario al momento del análisis. Será necesario profundizar el instrumento en nuevas revisiones.

Por otro lado, las dificultades del trabajo de campo, esto es, la propia creatividad del campo determinó la revisión de dimensiones que se querían explorar en cada módulo y que son viables de estudiar en abordajes específicos, que serán objetos de tesis de maestría y artículos específicos.

Los comités de bioética

La garantía del derecho, dignidad y seguridad de los sujetos de investigación en el campo de la salud han sido objeto de debate y reflexiones en diferentes campos de conocimiento. En el caso de quienes trabajan en salud, ya estaba presente desde Hipócrates con el juramento hipocrático. El mismo debate se extiende a otras disciplinas que tienen por base códigos de ética rectores de sus actividades profesionales, tales como en el caso de los trabajadores sociales (normas provinciales, como la Ley 7754 de la provincia de Santa Fe) o los sociólogos, entre otras profesiones con desempeño en los hospitales. Estas discusiones han tomado forma por el reconocimiento de esos derechos como derechos humanos.

La divulgación de las experiencias y resultados de investigaciones realizadas con judíos durante el régimen fascista en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, intensificó el debate por garantizar la dignidad de los sujetos de investigaciones (Bhutta, 2008). La Declaración de Helsinki, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (WMA, 2002; Mazzanti Di Ruggiero, 2011) constituyen documentos que sirvieron como marco para el establecimiento de los procedimientos y principios éticos a partir

de la cual se creó el Consejo Internacional para la Organización de las Ciencias Médicas (CIOMS) dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

En el caso de los estudios epidemiológicos el CIOMS desarrolló la *International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies* (CIOMS, 2008) y la UNESCO la *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (UNESCO, 2005).

En Argentina, la legislación sobre bioética se centraliza en la Ley 11044 y el Decreto Reglamentario 3385/08, que fijan los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en el ámbito de la provincia de Buenos Aires. Según el capítulo 2 de la Ley 11044, se determina como autoridad de aplicación a la Comisión Conjunta de Investigación en Salud (CCIS) y el Comité de Ética Central (CEC) creados el 7 de diciembre de 2009.

Si bien la provincia de Buenos Aires cuenta con un marco jurídico para fijar los aspectos bioéticos de la investigación, no existe en el orden nacional un marco legislativo único que normatice el funcionamiento de los Comités de Bioética. Por otro lado, tampoco el Poder Ejecutivo tiene atribuciones de regulación sobre los mismos, sea a través del Ministerio de Salud o de la Administración Nacional de los Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Existen tres niveles organizativos de los procedimientos de evaluación bioética en el ámbito público de la salud: el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a través de la CCIS, los comités de bioética acreditados en cada hospital y/o los comités de docencia e investigación; que pasan a asumir las tareas de evaluación bioética en aquellos casos donde no existía un comité constituido o acreditado.

El protocolo de investigación se presentó para evaluación del CCIS a fines del 2010. El dictamen, emitido en el período reglamentario de 90 días, evaluó que dado que el diseño de estudio no implica una intervención (estudio fase IV), le correspondía a los comités de ética de los hospitales evaluar el protocolo de investigación, así como poner en conocimiento a las direcciones de cada uno de los hospitales.

En el recorte muestral de los hospitales originalmente incluidos en la investigación, solo 5 de ellos contaban con comités acreditados. También se efectuó la presentación en el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien. Conjuntamente a las presentaciones en los comités de ética o docencias, se hizo lo mismo en cada dirección de los hospitales.

El tiempo transcurrido entre la presentación y la emisión de los dictámenes de los comités de bioética fue variado. En términos generales, las respuestas de los comités de ética tuvieron una demora promedio de 3,5 meses.

Como se menciona más arriba, las instancias referentes a las evaluaciones según criterios y principios bioéticos nucleados en comité de pares presenta diferentes modalidades (comité de ética, de docencia), su desarrollo en los hospitales es dispar, y por lo tanto los criterios de funcionamiento de cada uno es heterogéneo.

Se priorizó el criterio de iniciar las presentaciones administrativas en los comités acreditados. Sin embargo, no había hasta el momento de inicio del trabajo de campo, criterios uniformes en cuanto al formato de los requerimientos, evaluación y tiempos formales para la emisión de los dictámenes. El equipo de investigación adoptó un criterio común[4] para ordenar el formato de presentación de los antecedentes del protocolo de investigación en cada hospital, con la posibilidad de incorporar los requerimientos que cada comité considerara necesario agregar.

Los dictámenes fueron positivos en cuatro de los cinco comités de bioética hospitalarios. En dos situaciones se pidieron ampliaciones sobre el criterio muestral, así como sobre los criterios de preservación del anonimato de los trabajadores seleccionados. En uno de los hospitales se reorganizó la modalidad de entrada de trabajo al campo en función de esos requerimientos. En otro caso, se solicitaron modificaciones centradas principalmente en la redacción original del Consentimiento Informado (CI). Las ampliaciones solicitadas se hicieron en vista a explicitar lo que redacta la Ley 25.326 sobre la protección de datos personales.

El Comité de Bioética del Hospital San Roque de Gonnet elevó un informe negativo evaluando inviable la investigación. Los argumentos fueron presentados según aspectos de la Ética de la Investigación y de la Metodología de la Investigación. Se elaboraron los comentarios y consideraciones ampliados sobre la base de los argumentos teóricos y metodológicos que se utilizaron para el diseño de la investigación. Los mismos se presentaron al propio Comité del Bioética, al CCIS y a aquellos donde ya había sido aprobado.

En Argentina, tanto por los documentos jurídicos citados, así como por las propuestas de diferentes actores en el hospital (asociaciones gremiales, profesionales capacitados de forma voluntaria, entre otros), toda investigación debiera ser aprobada por uno o varios comités de bioética. El desarrollo dispar de los comités de bioética y la diversidad de criterios, así como la demora en la gestión de los mecanismos de evaluación, no constituye por cierto una excepción en la provincia de Buenos Aires.

4 - Se tomaron como referencia los requisitos de presentación requeridos por la CCIS. Los ítems incluidos fueron: integrantes del equipo de investigación, autorización de la ANMAT, constancia de pago, promotor de la investigación, título de la Investigación, tipo de investigación, clasificación de riesgo, lugar de realización, responsable financiero, seguro de daños, declaración jurada, copia de formulario o cuestionario, copia de consentimiento informado.

En América Latina y Argentina –reflexiona Ugalde– desde la experiencia de los ensayos clínicos, la información indica que son pocos los comités con la capacidad y los recursos para llevar a cabo las funciones que hacen a un Comité (evaluar protocolos, vigilar el proceso de implementación, monitorear el cumplimiento de los derechos humanos de los participantes –antes, durante y después de la investigación– y reportar errores cometidos por los investigadores para detectar cualquier fraude que pudiera cometerse) (Ugalde, 2011).

Resultados y discusión

Introducción

A continuación se presentan los principales hallazgos de esta investigación de forma tal que se combinará la presentación y análisis de los resultados, con la discusión de los mismos sobre la base del estado del arte antes desarrollado. Los resultados serán presentados en seis módulos que responden a los siguientes ejes temáticos: 1) sociodemográfico y doble carga de trabajo; 2) salud (daños); 3) proceso de trabajo; 4) relaciones intersubjetivas; 5) estructura organizacional y 6) situación laboral. Las denominaciones de los módulos y su desarrollo tiene diferencias con los explicitados en el capítulo de metodología en función de los resultados –que nos obligaron a descartar algunas preguntas– y del recorte seleccionado para esta publicación. El resto del material no publicado en este libro y/o la profundización de determinados análisis será objeto de tesis de maestría y artículos científicos.

Como se ha dicho antes, la población base de esta investigación son los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Quedaron excluidos del estudio por decisiones de índole metodológica –no hay un registro unificado de los mismos– los profesionales residentes, concurrentes o becarios y el personal tercerizado, a pesar que consideramos que representan una parte importante de los trabajadores de la salud en los hospitales, con condiciones de trabajo de necesaria discusión. Tampoco pudieron formar parte del estudio aquellos trabajadores que al momento del trabajo de campo estaban con licencia por enfermedad o que al momento de la encuesta habían fallecido y tal situación no constaba en la base de datos brindada por el Ministerio. Esas situaciones, al no ser parte de los resultados, sesgan los mismos sobre todo en los módulos sociodemográfico, salud y situación laboral.

Cabe destacar que los resultados presentados constituyen información autoreferida por los trabajadores de la población estudiada; y que en ningún momento se trabajó con información secundaria o proveniente de análisis clínicos u otro tipo de fuente biomédica.

Algunas consideraciones metodológicas antes de comenzar. Este estudio corresponde a un diseño transversal, esto es, una estrategia de investigación de base epidemiológica que por proporcionar una descripción instantánea (un corte en el tiempo) del proceso salud/enfermedad es adecuado para la descripción de patrones de ocurrencia de esos procesos. De esta manera las afirmaciones vertidas en el texto sobre los resultados deben interpretarse como una adecuada descripción que subsidian la producción de hipótesis y que ameritan otros diseños de estudio para dar respuesta a preguntas sobre causalidad. Al momento de interpretar los resultados de las estimaciones se debe recordar –tal lo señalado en el capítulo de metodología– que el universo quedó compuesto por los trabajadores que se desempeñan en los establecimientos generales, y que los resultados no pueden ser extrapolados a establecimientos de otras características o zonas geográficas no incluidas en el estudio.

En la presentación de los resultados se utilizó el coeficiente de variación (CV) como medida –expresada por cien– de la variabilidad de las estimaciones. Así, mientras menor sea el CV mayor será la precisión de las estimaciones. En la presente investigación se tomó como punto de corte aceptable del CV un valor de 20%; por lo que se considera que las estimaciones con un CV mayor al 20% presentan un nivel de precisión que nos parece destacable como alerta al evaluar los resultados, y las que presentaron un CV mayor al 40% son omitidas de la presentación de resultados por no tener un nivel de precisión aceptable.

También se debe tomar en consideración el porcentaje de no respuesta ("No sabe / No contesta") de cada pregunta al analizar los resultados, ya que, en caso de ser elevado, pueden existir sesgos respecto a la verdadera distribución de los valores de la variable en cuestión. En particular, las frecuencias relativas de enfermedades referidas por los trabajadores podrían ser una subestimación de las verdaderas frecuencias cuando el porcentaje de no respuesta es alto. En los casos en que se consideró necesario se registró el "No sabe / No contesta" como NS / NC y su valor en porcentaje a continuación del resultado por ejemplo: estrés (54,9%; NS / NC 14,9%).

La categoría otras profesiones asistenciales debe interpretarse al interior de cada pregunta o tema analizado en los resultados, y hace referencia en cada una de ellas a las otras profesiones no desagregadas en esa pregunta o tema.

También queremos señalar algunas cuestiones para la lectura. Todos los resultados fueron expandidos a la población especificada en la sección metodología y en ese sentido deben interpretarse, aún cuando en la redacción, se haga referencia a personas que respondieron, refirieron, contestaron o se usen términos similares. Las preguntas o afirmaciones que figuran entre comillas en el texto, corresponden a transcripciones textuales provenientes del cuestionario utilizado. A su vez, en el texto

se utilizarán cursivas para las frases procedentes de las respuestas de los trabajadores a las preguntas con respuestas abiertas.

Por último consideramos necesario aclarar que el texto que sigue se refiere a trabajadores y trabajadoras, a no ser que se aclare explícitamente que los datos corresponden a la población masculina o femenina. Pero, como aún en el castellano no se ha resuelto una forma neutra de nombrarles, utilizaremos con fines prácticos los términos tradicionales –ejemplo: trabajadores, médicos, enfermeros, etc.– para referirnos a varones y mujeres, sin que esto implique una discriminación de género.

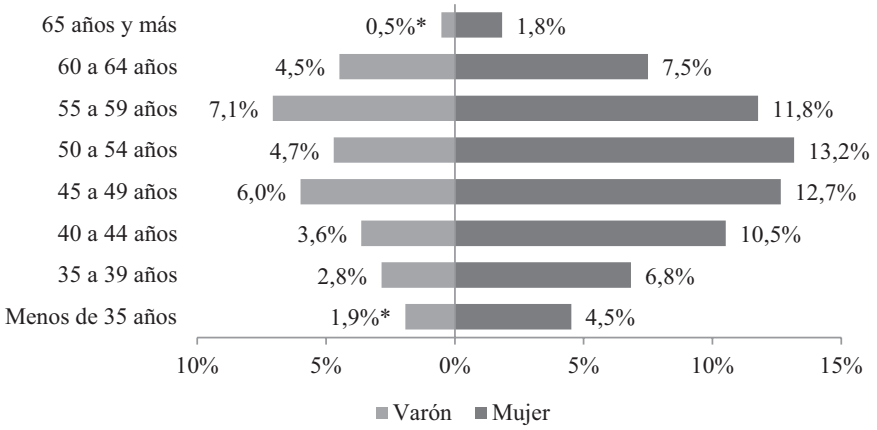
Una vez realizadas estas aclaraciones y salvedades, no nos queda más que invitarles a adentrarse en la lectura de los resultados y la discusión.

Módulo I: Sociodemográfico y doble carga de trabajo

El siguiente módulo tiene como propósito analizar las características sociodemográficas de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Para ello, se analizarán variables como: edad, sexo, lugar de residencia, nivel educativo, estado civil/situación conyugal y composición familiar. Conjuntamente, se analiza la situación familiar de los trabajadores a través de variables relacionadas con la doble carga de trabajo (tareas domésticas y personas a su cuidado) y el salario (nivel salarial, gastos e ingresos familiares).

El análisis de la distribución por edad de los trabajadores de la salud muestra que, el rango de edad entre 40 y 59 años incluye al 69,6% de la población, mientras que los menores de 35 años representan el 6,4% de la misma (Figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual por sexo y grupo etario de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



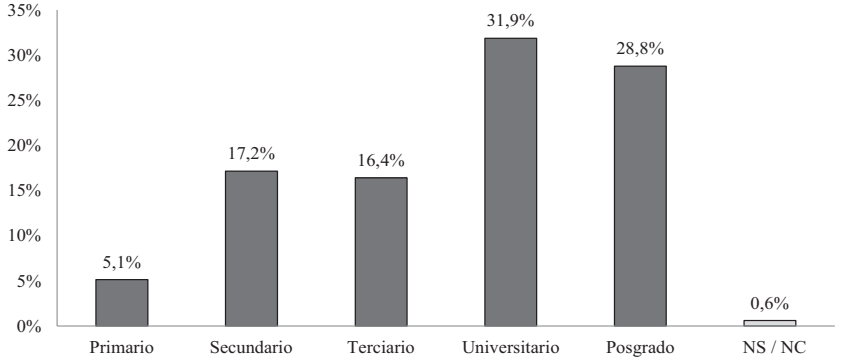
Fuente: Elaboración propia.
*Estimaciones con coeficiente de variación mayor del 20%.

En la población estudiada, se destaca además la existencia de una mayor proporción de mujeres (68,8%) que de varones (31,1%), datos que se corresponden con lo que describe la literatura con respecto a la distribución por sexo en el campo de la salud a nivel nacional e internacional (Katz, Muñoz, 1988; Abramzón, 2005; Dal Poz *et al.*, 2009).

Con relación al lugar de residencia, cabe destacar que el 85,0% de los trabajadores viven en la provincia de Buenos Aires y el 11,5% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El 3,5% de los trabajadores no especificó su lugar de residencia.

La Figura 2 muestra la distribución de la población estudiada según el nivel de instrucción, y da cuenta de un alto grado de educación, tal y como es de esperar en este tipo de organizaciones donde profesionales y técnicos constituyen el núcleo central del grupo de trabajadores.

Figura 2. Distribución porcentual por nivel de instrucción de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Por otro lado el 60,2% de los trabajadores de la salud de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires está casado o convive con su pareja. Además el 17,2% es soltero, el 17,3% está separado o divorciado, y el 4,3% es viudo. Por otra parte, el 81,8% de los trabajadores y trabajadoras tiene hijos, de los cuales el 72,4% tiene a su vez dos o más hijos. Es de destacar que el 9,0% de los trabajadores vive solo.

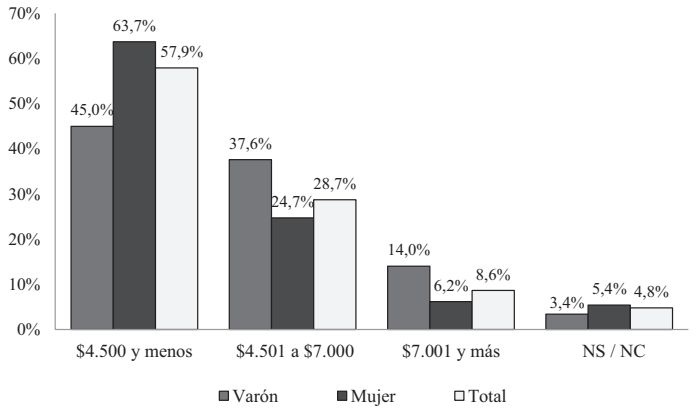
Otra de las variables estudiadas se enfocó en aquellas responsabilidades en el hogar que pudieran ser consideradas como doble carga de trabajo o una carga de trabajo adicional a la del hospital. En este sentido, se observa que el 50,8% de los trabajadores convive con personas a su cuidado, ya sean menores de 15 años, mayores de 64 o minusválidos. La pregunta "¿Quién se ocupa más tiempo de su cuidado?", evidenció que el 30,2% de los trabajadores reconoce ser uno de los principales responsables del cuidado, y el 14,4% que es otra persona del hogar o contratada la encargada de ello. Respecto de las tareas domésticas, al preguntar "En su hogar, ¿quién se ocupa más tiempo de las tareas del hogar como limpiar, cocinar, planchar, etc.?", el 28,9% las comparte con alguien, mientras que el 33,1% se ocupa de dicho trabajo solo. Asimismo, en el 33,9% de los trabajadores hay otra persona que se hace cargo de las tareas domésticas, ya sea su pareja (15,2%), otra persona del hogar (5,9%) o alguien contratado (12,8%).

Al analizar cómo se distribuyen estas responsabilidades según el sexo, observamos que las tareas domésticas y de cuidado de los menores, los adultos mayores y los minusválidos en la población estudiada suelen recaer fundamentalmente en las

mujeres. Estas refieren, en mayor medida (11,4%) que los varones (3,4%)[1], que se encargan en solitario de esos cuidados. Esta situación se complementa con que un porcentaje mayor de varones (15,5%) que de mujeres (5,7%), que reconoce en su pareja o cónyuge la persona que más tiempo se ocupa de dicho cuidado. Una situación similar se observa para el caso de las tareas domésticas, donde el 43,8% de las mujeres refiere encargarse sola, en contraste con el 9,4% de los varones.

La Figura 3 muestra la distribución porcentual de los diferentes rangos salariales indicados por los trabajadores (exceptuando los aguinaldos), que reciben del Gobierno provincial por el trabajo en el hospital, así como también, su distribución según sexo. El análisis del conjunto de los trabajadores (columna del total), destaca que el 57,9% de los trabajadores y trabajadoras, se encontraba –en el momento de realizar la encuesta– en el rango de $4.500[2] y menos. Al preguntar si su salario les permitía cubrir "sus necesidades básicas y gastos regulares", el 17,6% reconoce que rara vez, y el 11,8% que nunca. Asimismo, con relación a otro tipo de gastos, gran parte de los trabajadores refirió que, con su salario del hospital, nunca o rara vez pueden cubrir "gastos imprevistos" (41,7%) o "de esparcimiento" (45,6%).

Figura 3. Distribución porcentual del salario total mensual por sexo de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
Nota: Valores expresados en pesos argentinos.
NS / NC = No sabe / No contesta.

1 - Estimación con un coeficiente de variación mayor del 20%.

2 - Equivalente a $1.071 (dólares estadounidenses), para una cotización según el Banco Central de la República Argentina de 1 USD (dólar) = 4.2 ARS (pesos argentinos), a mediados de la realización del trabajo de campo (septiembre de 2011).

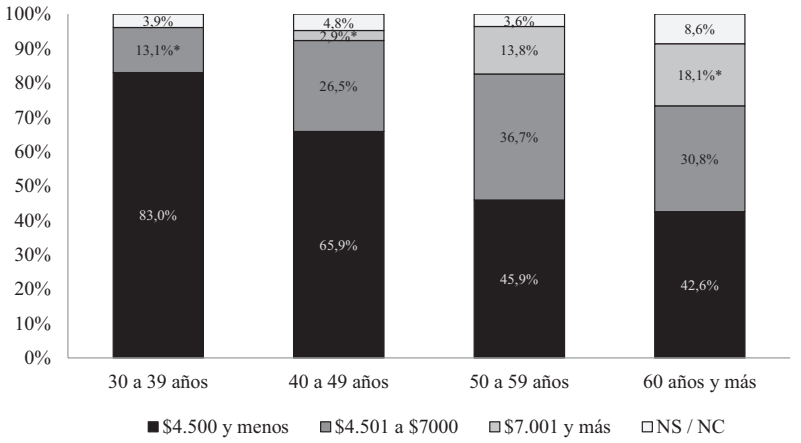
Al hacer una comparación en cuanto a sexo (Figura 3), edad (Figura 4) y categoría ocupacional, también se destacan algunas diferencias importantes. En el análisis según sexo, se puede observar que hay más cantidad de mujeres (63,8%) que de varones (45,0%), dentro de la franja salarial de $4.500 y menos. A su vez, las franjas salariales de $ 4.501 a $ 7.000 y de $ 7.001 y más, presentan frecuencias mayores para el grupo de varones (Figura 3).

El salario mensual –que reciben del Ministerio de Salud de la provincia por su trabajo en el hospital–, según su análisis a partir de categorías ocupacionales, se concentran en la franja de $4.500 y menos en los trabajadores técnicos (90,2%), el personal administrativo (85,3%) y de servicios (84,0%).

La mayor parte de los enfermeros y enfermeras (80,9%) gana $4.500 y menos, y el 12,6% se encuentra en el rango de $4.501 a $7.000. En cambio, la mayoría de los médicos y médicas tienen un salario que está mayoritariamente representado en la franja de $4.501 a $7.000 (58,0%), con un porcentaje no menos importante distribuido entre la franja de salarios de $7.001 y más (21,6%); mientras que el 18,6% de los médicos y médicas gana $4.500 y menos. Por otro lado, se observa que trabajadores de otras profesiones asistenciales y no asistenciales, también muestran porcentajes importantes en la franja de salarios menores; el 53,1% y 70,7% respectivamente gana $4.500 y menos. A su vez, el 34,8% de los trabajadores de otras profesiones asistenciales y el 20,2% de los profesionales no asistenciales recibe salarios entre $4.501 y $7.000.

La Figura 4 presenta la distribución porcentual del salario total mensual en los trabajadores de la población estudiada según grupos de edad. Así se observa que en el rango de “30 a 39 años” se concentran los mayores porcentajes de trabajadores con salarios de $4.500 y menos (Figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual por grupos de edad del salario total mensual en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.
Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

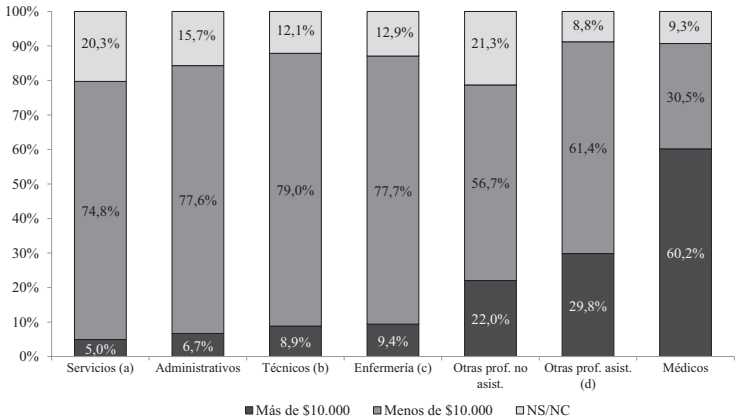
Los datos anteriormente presentados, dan cuenta de la existencia en la población de estudio de una franja importante de trabajadores con salarios menores de $4.500, así como también de una heterogeneidad de ingresos en cuanto a sexo, edad y categoría ocupacional. Esta heterogeneidad, coincide con la que refieren algunos estudios nacionales en el último decenio, así la Encuesta del Mercado de Trabajo del Sector Salud, destacó que, en el año 2002, las categorías ocupacionales más desfavorecidas en el Gran Buenos Aires se encontraban entre el personal operativo[3], en primer lugar y los técnicos; situación similar se observaba para el caso de las mujeres (Novick, Galin, 2003).

Además del ingreso total mensual por su trabajo en el hospital se indagó la variable ingreso total mensual del hogar como una forma de medir el ingreso del grupo familiar. El análisis de este ingreso a nivel familiar, entre los trabajadores y trabajadoras de la salud, muestra que el 36,5% de la población estudiada reconoce ser la única fuente de ingreso regular del hogar, y el 67,5% manifiesta proporcionar el ingreso principal. En relación con la economía familiar de los trabajadores de la salud, se encontró que el 59,0% de la población estudiada tiene un ingreso total del hogar inferior a $10.000 mensuales, mientras que el 17,1% no supera los $4.000.

3 -En el estudio citado, se refiere al personal dedicado a tareas de limpieza, mantenimiento, etc.

El análisis de la variable ingreso mensual total del hogar, también muestra diferencias según la categoría ocupacional (Figura 5). Así, el 60,2% de los hogares de los médicos tiene un ingreso mayor de $10.000 (Figura 5) y un 13% mayor de $20.000 mensuales. En cambio, el 52,4% de los hogares del personal de servicios tiene un ingreso mensual de hasta $4.000. También se observan bajos ingresos del hogar en las categorías administrativos, técnicos y enfermería (Figura 5). En el caso de los administrativos, el 77,6% de los hogares tiene un ingreso mensual menor de $10.000 (Figura 5) y el 30,9% inferior a $4.000. El 79% de los hogares de los técnicos y el 77,7% de los hogares del personal de enfermería tiene un ingreso menor de $10.000 (Figura 5). De igual manera, resulta necesario destacar que el 13,9% de la población estudiada no declaró el ingreso, así se llegó a valores relativos de no respuesta importantes en los trabajadores de servicios (20,3%) y otras profesiones no asistenciales (21,3%), situación que introduce un sesgo en el análisis de la variable (Figura 5).

Figura 5. Distribución porcentual por categoría ocupacional del ingreso mensual total del hogar de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

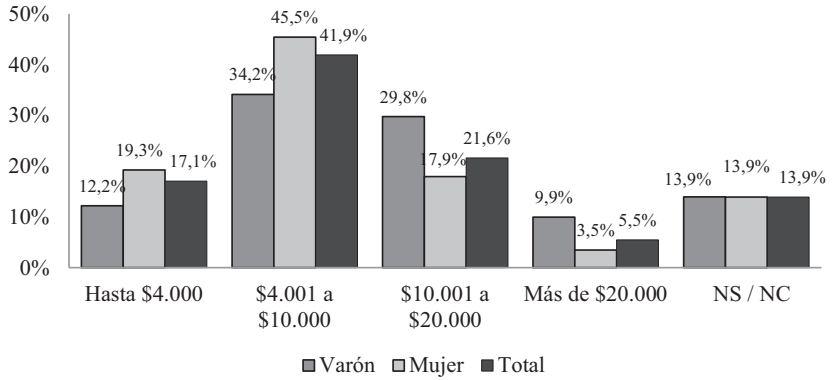


Fuente: Elaboración propia.
Nota: Se indagó sobre el ingreso mensual incluidos todos los miembros del hogar. Valores expresados en pesos argentinos.
Otras prof. no asist. = Otras profesiones no asistenciales.
Otras prof. asist. = Otras profesiones asistenciales.
NS / NC = No sabe / No contesta.
(a) Incluye conductor de ambulancia, mucamas, personal de mantenimiento, cocina y lavandería.
(b) Incluye técnico de laboratorio y de radiología.
(c) Incluye auxiliares y licenciados en enfermería.
(d) Incluye bioquímico, kinesiólogo, psicólogo, odontólogo, trabajador y/o asistente social, y otras profesiones asistenciales.

La Figura 6, muestra la distribución porcentual del ingreso mensual del hogar de la población de trabajadores estudiada, según sexo. En términos generales, se observa que el ingreso mensual más frecuente (41,9%) está en el rango de $4.001 a

$10.000, y la distribución por sexo es heterogénea en los diferentes rangos de ingresos. El porcentaje de hogares con ingresos menores de $10.000 es mayor en la población femenina, mientras que en el rango de ingresos superiores a $10.000, se observa un predominio de los hogares de los trabajadores varones (Figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual del ingreso mensual total del hogar por sexo de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

Módulo II: Salud (daños)

El presente módulo tiene como propósito describir la salud general autopercibida, la morbilidad y los eventos de salud asociados a la situación laboral –como es el caso de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo–; con respecto a este tipo de eventos también tuvimos en cuenta los mecanismos de atención por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). A su vez, trabajamos aspectos referidos a los modos de vida y la calidad de vida, como categorías conceptuales que permiten problematizar la salud de la población estudiada desde una perspectiva más integral. Todos y cada uno de estos elementos que hacen al proceso salud-enfermedad-atención (PSEA), constituyen a su vez las partes en que se encuentra organizado este módulo.

Salud general

La salud general autopercibida, es una categoría de análisis cada vez más

utilizada en los estudios epidemiológicos y es una referencia directa del sujeto a su estado de salud y/o enfermedad. Esta forma de medir el estado general de salud se ha destacado como un buen predictor de procesos de morbilidad, a la vez que constituye una herramienta eficaz para el seguimiento de problemas de salud en grupos poblacionales (Idler, Benyamini, 1997; Dachs, 2002; Santos *et al.*, 2007; Alazraqui *et al.*, 2009; García, Höfelmann y Facchini, 2010).

En el presente estudio se exploró la percepción en la población de trabajadores sobre su salud en general. Los resultados arrojaron que el 30,7% la percibe como muy buena o excelente, y el 44,9% como buena. Es decir que, cerca de las tres cuartas partes de los trabajadores de la población estudiada, tiene una percepción positiva de su estado de salud general. En contraposición, el 17,4% percibe su salud como regular o mala, valor que se encuentra por debajo del nivel nacional (19,2%) y del registrado a nivel del aglomerado urbano Gran Buenos Aires (20,2%) en la población general (MSAL, 2011). Esta pregunta tuvo un porcentaje de no respuesta del 7,0%.

Al preguntar "¿Cómo diría que es su estado de salud actual comparado con el de hace un año?", el 59,8% de los trabajadores no percibe cambios, mientras que el 7,3% percibe que su salud es mejor, y el 15,5% que es peor, a la de hace un año.

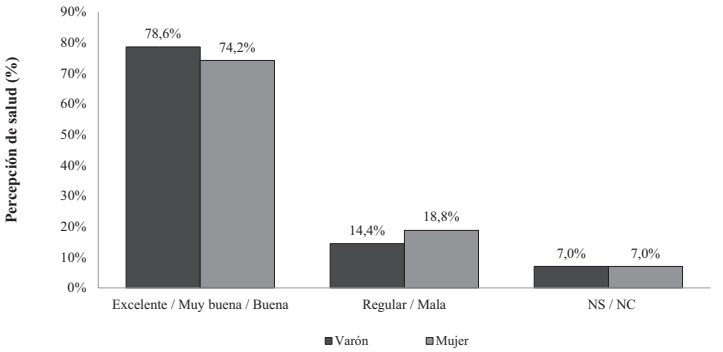
Al profundizar en el análisis de la percepción de salud, se observaron diferencias en cuanto a sexo, categoría ocupacional e ingreso. Las Figuras 7, 8 y 9 muestran la distribución porcentual de la percepción de salud general en la población estudiada, según sexo (Figura 7), categoría ocupacional (Figura 8) e ingreso mensual total del hogar (Figura 9). Cabe destacar, en síntesis, que los entrevistados refieren mayoritariamente una percepción de salud excelente, muy buena o buena en los hombres (Figura 7), entre los profesionales con ocupaciones asistenciales[4] y los técnicos (Figura 8), así como en los trabajadores con ingresos en el hogar mayores a $20.000 mensuales (Figura 9). Asimismo dan cuenta de un porcentual mayor de percepción de salud mala o regular las mujeres (18,8%) (Figura 7), el personal de enfermería (31,7%), y el de servicios[5] (26,7%), y los trabajadores que tienen un ingreso en el hogar menor a $4.000 mensuales.

Pero, analicemos más en detalle las heterogeneidades antes mencionadas. En la Figura 7, se observa que la percepción positiva de salud (excelente/muy buena/buena) alcanza porcentajes ligeramente mayores en los varones (78,6%) que en las mujeres (74,2%). Al comparar la salud actual con la del año anterior, se repitieron estas diferencias de percepción entre mujeres y hombres.

4 - Se excluye de esta afirmación al personal de enfermería.

5 - Para esta categoría, el coeficiente de variación es del 27%.

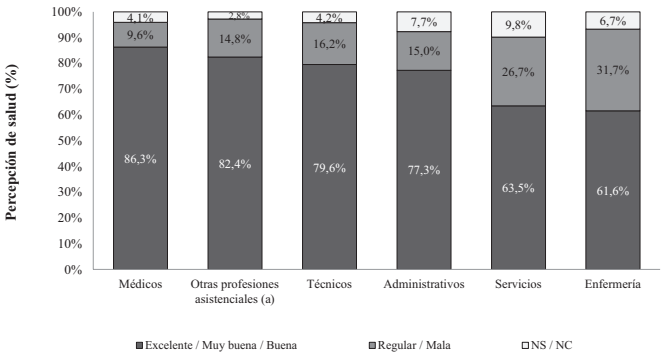
Figura 7. Percepción de salud por sexo en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia
NS / NC = No sabe / No contesta

Al analizar la percepción de salud por categoría ocupacional, se constata que existen diferencias entre la percepción que tienen los médicos y otros profesionales dedicados a la asistencia y la del resto de los trabajadores (Figura 8). En este sentido, se observa que los médicos son quienes mejor perciben su salud, y así alcanzan un 86,3% quienes la consideran excelente, muy buena o buena. Por otra parte, los enfermeros son quienes tienen peor percepción de su salud, al definirla en un 31,7% como regular o mala (Figura 8).

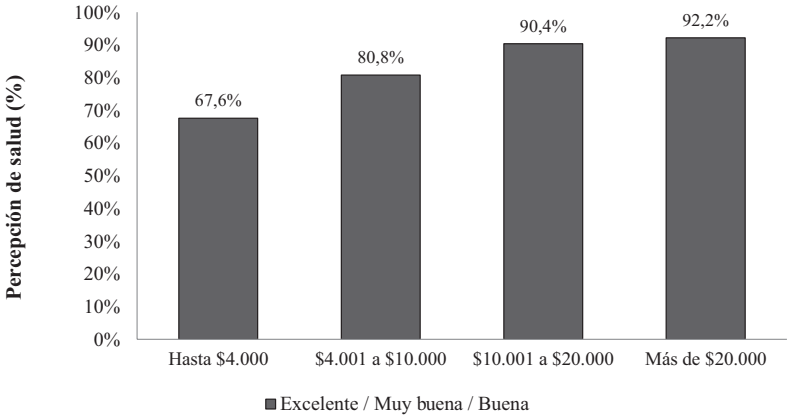
Figura 8. Percepción de salud por categoría ocupacional en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta
(a) Incluye Trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos entre otras profesiones asistenciales.

La distribución de frecuencia de esta variable según ingreso mensual total del hogar arroja que a medida que este último aumenta, mejora la percepción de salud (Figura 9). Así, el 67,6% los trabajadores con ingresos de hasta $4.000 perciben su salud como excelente, muy buena o buena, porcentaje que asciende al 92,2% de los trabajadores que tienen un ingreso mayor de $20.000 (Figura 9). Es importante recordar, como vimos anteriormente, que la categoría ocupacional con mayor porcentaje de trabajadores que refirieron un ingreso total del hogar mayor de $20.000 fue la de los médicos, mientras que las ocupaciones con mayor porcentaje de trabajadores que refirieron menores ingresos fueron las correspondientes a servicios, administrativos, técnicos y enfermería (Figura 5).

Figura 9. Percepción de salud por ingreso mensual total del hogar en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia
Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

Esta percepción positiva de los trabajadores sobre su estado de salud general contrasta con otros datos del presente estudio –que analizaremos más adelante– como la alta frecuencia de estrés y enfermedades osteomusculares. Por tal razón nos preguntamos: ¿cómo están pensando su salud? ¿desde una perspectiva biologicista centrada en los problemas clínicos o desde una mirada más amplia que incluye otras dimensiones de la salud como el trabajo y las relaciones sociales? ¿cómo es posible la coexistencia de una percepción positiva de la salud con malestares físicos y psicológicos? ¿cómo se explica que a pesar de que existe una percepción positiva de la salud a nivel general, se observan diferencias importantes entre el personal médico y el de enfermería, por ejemplo? Sobre la base de estas preguntas intentaremos problematizar los datos que aparecerán más adelante (en este y otros módulos), que hablan de la complejidad del proceso de salud-enfermedad-atención y sus vínculos con el trabajo.

Daños a la salud

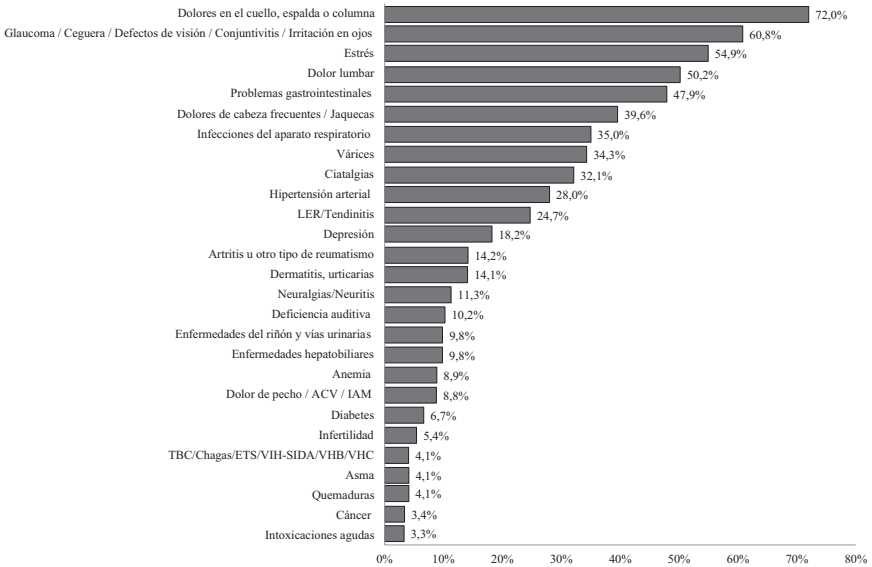
Al indagar sobre algunos daños a la salud en los últimos 12 meses en los trabajadores de la población estudiada, se destacan como los problemas con mayor frecuencia: los dolores en el cuello, espalda o columna (72,0%; NS/NC 11,4%); glaucoma, ceguera, defectos de visión, conjuntivitis, irritación en ojos (60,8%;[6]) el estrés (54,9%; NS/NC 14,9%); los dolores lumbares (50,2%; NS/NC 15,2%) y los problemas gastrointestinales (47,9%; NS/NC 14,9%), que incluyen úlceras, gastritis, diarreas y estreñimiento (Figura 10).

Asimismo, a pesar de su baja frecuencia se destacan por su gravedad, problemas cardiovasculares (8,8%) –como el dolor de pecho (NS/NC 23,8%), los accidentes cerebrovasculares (NS/NC 25,0%) y el infarto agudo de miocardio (NS/NC 24,8%)–, la diabetes (6,7%; NS/NC 23,0%), algunas enfermedades infectocontagiosas[7] (4,1%) y el cáncer (3,4%) –compuesto por cáncer de piel (NS/NC 21,1%) y otro tipo de cáncer NS/NC 25,2%– (Figura 10).

6 - Debido a que se trata de un grupo de problemas de salud relacionados con trastornos oftalmológicos,se presentan por separado los valores de NS/NC para cada uno de los ítems que lo componen: Glaucoma (25,3%) , Ceguera (25,2%), Defectos de la visión (16,6%), Conjuntivitis - Irritación en ojos (21,8%).

7 - Incluye tuberculosis (NS/NC 24,8%), enfermedad de Chagas (NS/NC 25,4%), enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea) (NS/NC 25,1%), VIH/sida (NS/NC 25,3%), hepatitis B (NS/NC 25,2%) y hepatitis C (25,4%).

Figura 10. Problemas de salud referidos en los últimos 12 meses por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
Nota: En el momento de la realización de la encuesta, se indagó acerca de los problemas de salud presentados o tratados en el último año.
LER = Lesiones por esfuerzo repetitivo
ACV= Accidente cerebrovascular
IAM = Infarto agudo de miocardio
TBC = Tuberculosis
Chagas = Enfermedad de Chagas
ETS = Enfermedades de transmisión sexual
VIH-SIDA = Virus de la inmunodeficiencia humana-Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VHB = Virus de la hepatitis B
VHC = Virus de la hepatitis C

La existencia de una amplia diversidad de daños a la salud que van desde lesiones físicas hasta padecimientos mentales en la población de estudio, concuerda con los hallazgos de estudios internacionales en trabajadores de la salud (Domínguez *et al.*, 2012; Jungerman *et al.*, 2012; OPS/OMS, 2012; Wright *et al.*, 2012).

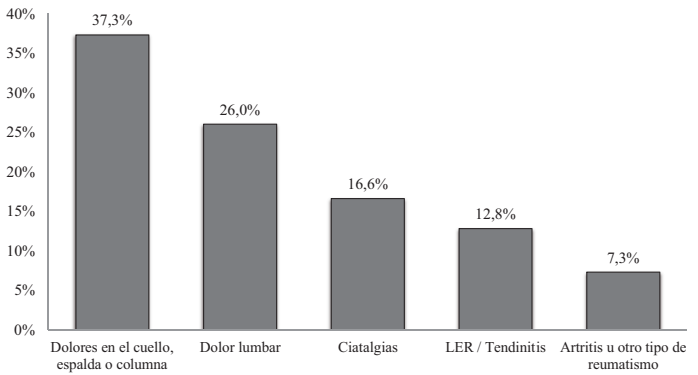
En relación con los factores de riesgo cardiovascular, los valores hallados de hipertensión arterial (28%; NS/NC 17%) y diabetes (6,7%; NS/NC 23%), se encuentran por debajo de los registrados a nivel nacional (34,8% y 9,6% respectivamente), y a nivel del aglomerado urbano Gran Buenos Aires (34,8% y 9,1% respectivamente) en la población general (MSAL, 2011).

Al indagar en los problemas del aparato reproductivo femenino, a pesar de existir un porcentaje elevado de no respuesta (20%), se destaca el 11% de las mujeres con algún problema de mamas, y el 11,7% con algún problema de útero u ovario (quiste, tumor, etc.).

En el análisis por grupos de enfermedades[8], se mantienen como los daños más prevalentes los referidos a las enfermedades osteoarticulomusculares y radiculares (81,6%), las oftalmológicas (60,8%), los padecimientos mentales (57,1%) y las enfermedades gastrointestinales –úlcera, gastritis, diarrea, estreñimiento, etc.– (47,9%). A su vez, se revelan algunos daños que de forma aislada no eran jerarquizados como es el caso de las enfermedades neurológicas –cefaleas, neuritis y neuralgias– (42,7%).

La Figura 11 muestra la distribución porcentual de las menciones a problemas incluidos en el grupo de enfermedades osteoarticulomusculares y radiculares en la población estudiada. Así, casi dos tercios de las menciones a este tipo de afecciones corresponden a los dolores de cuello, espalda o columna (37,3%), y los dolores lumbares (26,0%). Entre los grupos ocupacionales más afectados por este tipo de daños se encuentran los trabajadores de otras profesiones asistenciales[9] (84,6%), los administrativos (83,6%) y el personal médico (83,2%).

Figura 11. Distribución porcentual de las menciones a problemas incluidos en el grupo de enfermedades osteoarticulomusculares y radiculares en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
LER = Lesiones por esfuerzo repetitivo.

8 - Los resultados se construyen con base al número de respuestas y no de personas.

9 - Este grupo incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, anestesistas, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

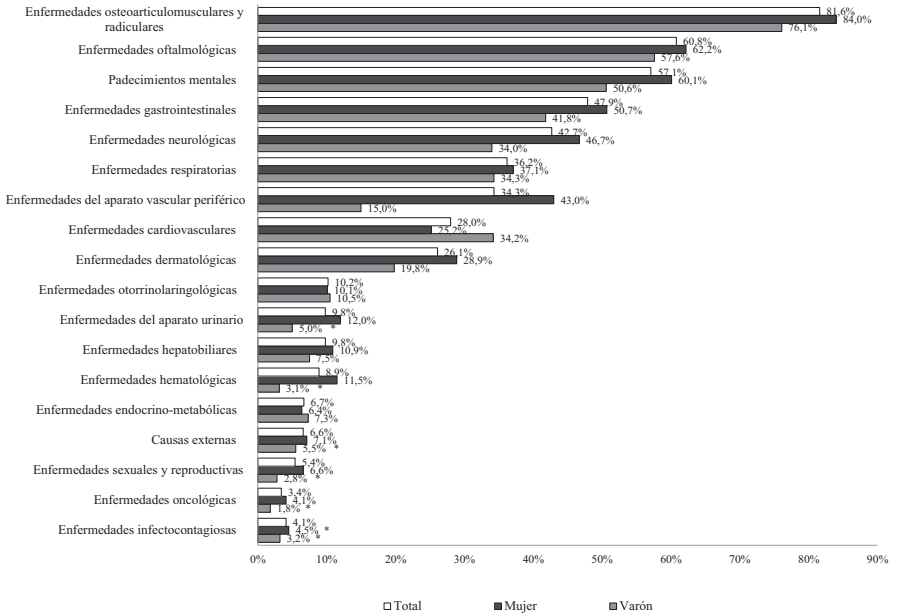
Las enfermedades osteomusculares también son descriptas en la bibliografía como algunas de las más frecuentes entre los trabajadores de la salud, a la vez que se destaca su vínculo con el trabajo (Rodríguez, 2005; OPS/OMS, 2012). En estos estudios se problematizan los nexos entre los dolores de cuello y espalda, por ejemplo y las actividades vinculadas a la postura sentada, como el manejo de equipos de diagnósticos; así como entre las lumbalgias y los esfuerzos físicos, (como el traslado y movimiento de pacientes), los prolongados períodos de pie, y las posiciones inadecuadas (como en el caso de las intervenciones quirúrgicas).

Las Figuras 12 y 13 muestran la frecuencia de problemas de salud en los trabajadores de la población estudiada según diferentes grupos de enfermedades para las variables sexo y categoría ocupacional.

En la Figura 12 se observa que, con excepción de las enfermedades cardiovasculares, y endocrino-metabólicas, en el resto de los grupos de enfermedades analizados, las frecuencias son ligeramente mayores en las mujeres que en los varones. Esta brecha entre hombres y mujeres, se hace un poco más notable en las enfermedades del aparato vascular periférico, en las neurológicas, en los padecimientos mentales, así como en las enfermedades dermatológicas y gastrointestinales (Figura 12).

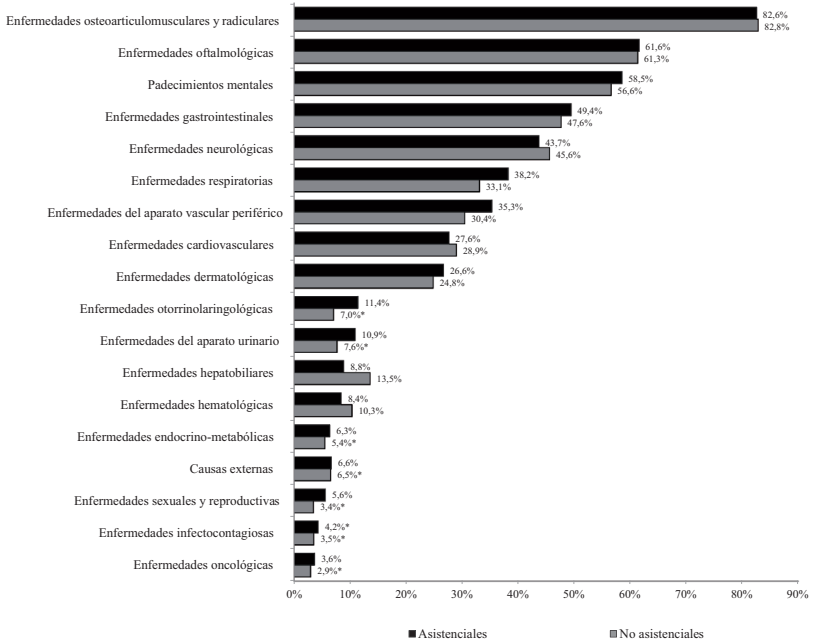
La frecuencia de los distintos grupos de enfermedades en cuanto al tipo de función asistencial o no asistencial de los trabajadores, en su mayor parte, no mostraron grandes diferencias (Figura 13). No obstante, en relación con algunos problemas de salud, sí se observaron diferencias importantes, como en el caso de las enfermedades hepatobiliares, más frecuentes entre los trabajadores no asistenciales o las enfermedades respiratorias y del aparato vascular periférico, más frecuentes entre los trabajadores con funciones asistenciales (Figura 13).

Figura 12. Frecuencia relativa de problemas de salud y/o grupos de enfermedades por sexo en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
Nota: Pregunta de opción múltiple. Los valores de cada estimación representan el porcentaje de respuestas tomando como referencia el total de hombres o de mujeres según corresponda.
* Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

Figura 13. Frecuencia relativa de problemas de salud por ocupación asistencial o no asistencial y grupos de enfermedades en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

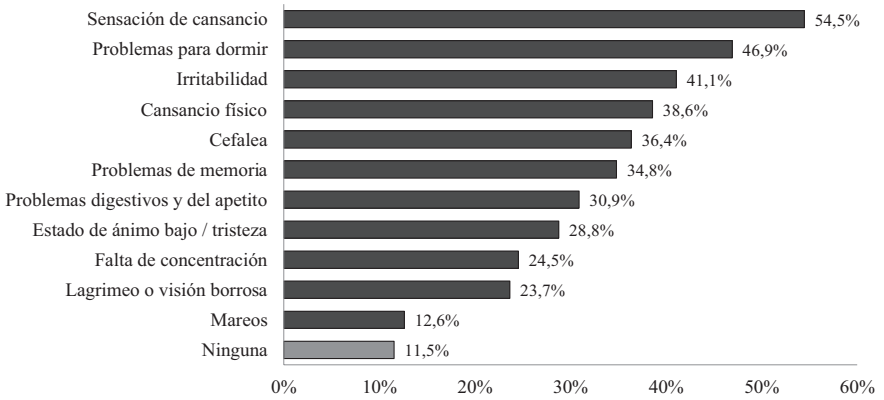


Fuente: Elaboración propia.
Nota: Pregunta de opción múltiple. Los valores de cada estimación representan el porcentaje de respuestas tomando como referencia el total de trabajadores asistenciales y no asistenciales según corresponda.
*Estimación con coeficiente de variación mayores del 20%.

La distribución porcentual de los grupos de enfermedades estudiados en el interior de cada categoría ocupacional señala también diferencias. El personal de enfermería presenta las mayores frecuencias de daños del aparato vascular periférico (50,7%), del urinario (14,4%), y de enfermedades hepatobiliares (16,7%). Los trabajadores de otras profesiones asistenciales, presentan las mayores frecuencias de daños osteoarticulomusculares y radiculares (84,6%), gastrointestinales (54,9%), neurológicos (50,8%) y respiratorios (41,8%). Los técnicos presentan la mayor frecuencia de enfermedades dermatológicas (34,3%); y entre los trabajadores con mayor frecuencia de padecimientos mentales se encuentran los médicos (60,6%), enfermeros (59,7%) y el personal de otras profesiones asistenciales (59,5%).

La Figura 14 muestra la frecuencia de algunos síntomas y/o padecimientos referidos por la población estudiada. Se observa que más de la mitad de los trabajadores tienen sensación continua de cansancio y más de un tercio problemas para dormir, irritabilidad, cansancio físico, cefalea y problemas de memoria. También resulta destacable el porcentaje de trabajadores y trabajadoras que refieren problemas digestivos y del apetito, tristeza y falta de concentración (Figura 14).

Figura 14. Frecuencia relativa de síntomas y/o padecimientos en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
Nota: Se indagó acerca de los problemas de salud presentados o tratados en el último año, considerado el momento de realización de la encuesta.

Muchas de estas situaciones, podrían tener alguna relación con: el tipo de tarea realizada, la demanda de trabajo por parte de supervisores y pacientes, los horarios de trabajo, así como la elevada carga física y emocional que significa el trabajo en salud.

Es notable destacar que en referencia a los daños antes descriptos se preguntó "Estos problemas o enfermedades ¿usted considera que, en alguna medida, se relacionan con su trabajo?" y el 74,3% reconoció que sí tenían relación, en todos o en algunos casos. Lo anterior podría indicar algún grado de problematización del vínculo entre el trabajo que realizan y sus problemas de salud.

Enfermedades relacionadas con el trabajo

Al indagar específicamente acerca de las enfermedades relacionadas con el trabajo, el 27,2% de los trabajadores y trabajadoras, tiene o tuvo al menos un diagnóstico de enfermedad causada o agravada por el trabajo (Figura 15). Esta cifra sin embargo, podría estar subestimada dada la naturalización de este tipo de daños entre los trabajadores, la ausencia de reconocimiento por parte de la mayoría de los profesionales de la salud (Epelman *et al.*, 1988) y las limitaciones de la actual legislación sobre riesgos del trabajo (Ley 24.557 Sobre Riesgos del Trabajo, sancionada en 1995 y reformada en 2012).

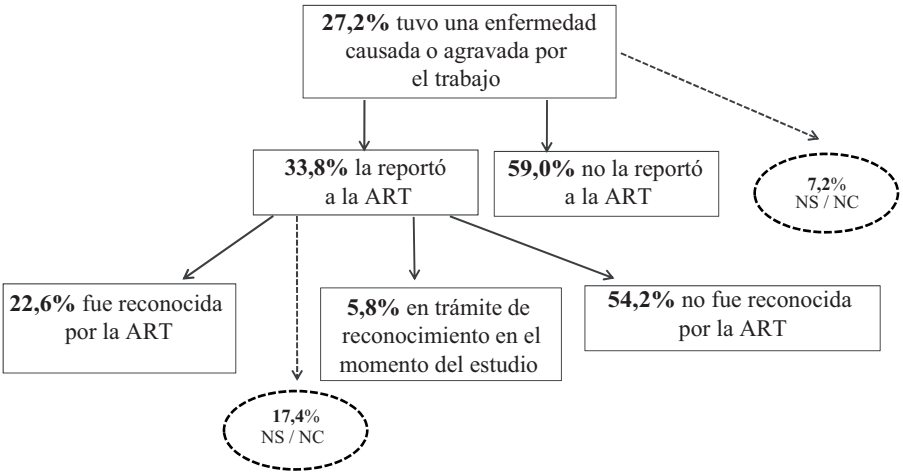
Al pedirle a los trabajadores que especificaran mediante respuestas abiertas, qué enfermedades habían sido provocadas y/o agravadas por el trabajo, se pusieron de manifiesto diversos daños en los términos siguientes:

"artrosis de mano, rodilla y columna"; "discopatías, columna vertebral y dorsal"; "tenía artrosis cervical y se agrava por esfuerzos en el trabajo; camillar persistentemente a los pacientes"; "cefaleas, contracturas cervicales; estuve medicada por neurología"; "ataques de pánico y depresión"; "estrés, agravó mi colon irritable, específicamente cuando cambiamos de edificio"; "parálisis facial, estrés"; "hipertensión arterial y arritmia por discusiones y acoso por parte de la dirección"; "neumonía tres veces y gripe A"; "forunculosis a causa de un gérmen intrahospitalario"; "hipertensión arterial y gastritis";"cervicobraquialgia por accidente in itinere"; "trastornos de movilidad del brazo derecho por reiteradas caídas".

En síntesis, entre las enfermedades que los trabajadores manifiestan haber sido provocadas o causadas por el trabajo, se destacan las osteoarticulomusculares y radiculares; las cardiovasculares; los padecimientos mentales; las enfermedades infectocontagiosas (como hepatitis B y C, tuberculosis y otras); las respiratorias (como asma, neumonía, gripe H1N1 y bronquitis); las gastrointestinales y las denominadas causas externas. Los relatos manifestados coinciden con las enfermedades prevalentes en los trabajadores de la salud descriptas en la bibliografía revisada (Assunção, 2011; OPS/OMS, 2012; Rodríguez, 2005).

Dentro del complejo universo de las enfermedades relacionadas con el trabajo, resulta importante analizar los dilemas referidos al reporte y la notificación; elementos que constituyen la piedra angular de la escasa visibilización de este tipo de problemas en el campo de la salud y que fueron indagados en el presente estudio. La Figura 15, muestra el esquema de frecuencias relativas de reporte y reconocimiento de enfermedades profesionales por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), en estos trabajadores. Así, el 33,8% de quienes refirieron tener alguna enfermedad causada o agravada por el trabajo, la ha reportado como enfermedad profesional. De estas, el 22,6 % fue reconocida como tal, el 5,8% se encontraba en trámite de reconocimiento en el momento del estudio, mientras que el 54,2% no fue reconocida por la ART (Figura 15).

Figura 15. Esquema de frecuencias relativas de reporte y reconocimiento por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, de enfermedades profesionales en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
Nota: Elaborado a partir del autoreporte de los trabajadores y trabajadoras.
ART = Aseguradora de Riesgos del Trabajo.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Estas cifras corroboran algunas de las críticas que se han realizado históricamente (Epelman *et al.*, 1988) referidas a la falta de reconocimiento del vínculo que tienen muchas enfermedades con el trabajo en la Argentina y a los limitados reportes por parte de los trabajadores. La falta de visibilidad de la relación salud-trabajo, aparece como problema de diagnóstico por parte de los profesionales de la salud, pero también hay responsabilidades en los trabajadores afectados, que minimizan y relativizan su importancia.

En la Figura 15 se observa que el 59,0% de los trabajadores y trabajadoras que refirieron haber tenido una enfermedad causada o agravada por el trabajo, no la reportó como enfermedad profesional. El dato indica que más de la mitad de los trabajadores (59,0%) no iniciaron el trámite de reconocimiento de su enfermedad pese a que consideraban que su causa tenía relación con el trabajo. Al indagar sobre esta problemática, encontramos que los trabajadores de la salud en muchas ocasiones se ocupan ellos mismos de la enfermedad y no la reportan a menos que les imposibilite trabajar:

> *"No lo consideré de importancia"* (técnica de laboratorio, 33 años; instrumentadora, 41 años).
> *"Porque si no me duele no me imposibilita para trabajar"* (enfermera, 51 años).

"Si bien tenía sobrexigencia laboral (tenía tres trabajos) no lo considero causa del ACV "[10] (enfermera, 52 años).

Según lo enunciado por los trabajadores, los principales motivos por los que no las reportaron, pueden resumirse en la naturalización de ciertas enfermedades y su vínculo con el trabajo, el limitado diagnóstico, la percepción de dificultades burocráticas en el proceso de notificación, y la falta de información para realizar el trámite. Sobre estos dos últimos motivos, algunos trabajadores y trabajadoras destacaron:

"Es un trámite muy engorroso" (gestora, 38 años).
"Por mala atención en ART" (médica, 48 años).
"Porque desconocía los procedimientos" (administrativa, 35 años).
"Porque implica tiempo y dinero" (técnico radiólogo, 38 años).

Como parte del análisis de los relatos de los trabajadores, algunos de los motivos relacionados con la limitada cobertura hacían referencia a ciertas enfermedades prevalentes en esta población, como las enfermedades de columna, que no eran reconocidas por ellos mismos –al menos en el momento del trabajo de campo– en cuanto enfermedades relacionadas con el trabajo. Respecto de la escasa visibilización del vínculo de ciertas enfermedades con el trabajo, algunos trabajadores y trabajadoras manifestaron:

"(Lo) *considero gaje del oficio"* (médica, 58 años).
"No se me ocurrió ni sabía que había que reportarlo como profesional" (médica, 52 años).
"Porque fue algo psiquiátrico-psicológico" (médica, 43 años).
"No se me ocurrió denunciar el daño psicológico" (psicóloga, 61 años).

En relación con el diagnóstico deficiente destacaron:

"El médico me dijo que no lo hiciera" (técnica de laboratorio, 52 años).
"Dicen que no corresponde, que es por la edad" (gestora, 57 años).

Los trabajadores que reportaron las enfermedades a las ART, pero que no fueron reconocidas como profesionales (Figura 15), atribuyeron esta falta de reconocimiento a dos motivos fundamentales: la limitada cobertura de las enfermedades dentro del sistema de riesgos del trabajo y problemas administrativos.

"Enfermedad inculpable art. 6 Ley 24557" (enfermero, 51 años).
"Porque perdieron mi expediente" (partera, 53 años).
"No me contestaron" (enfermera, 44 años).

Accidentes de trabajo

De forma similar a lo que ocurre con las enfermedades profesionales, en el caso de los accidentes de trabajo se encontraron porcentajes de no reporte y no reco-

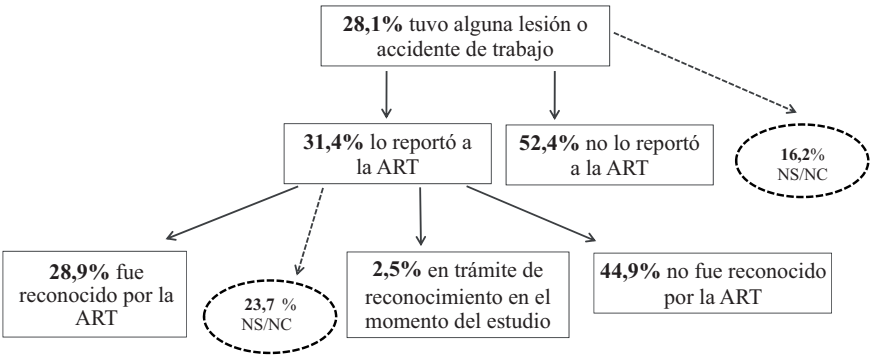
10 - Accidente cerebrovascular.

nocimiento del siniestro por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART), cercanos al 50%. El 28,1% refirió haber padecido al menos un accidente en su trabajo dentro del último año (Figura 16). Entre las distintas formas de ocurrencia se destacan: las caídas, tropiezos y/o resbalones (12,7%), los sobreesfuerzos por manipulación de cargas pesadas (9,5%), los golpes (8,7%), y los cortes y/o pinchazos (7,8%).

Con respecto al lugar de ocurrencia del accidente, el 57,6% refirió que fue en el lugar de trabajo y el 25,0% en el trayecto de ida o vuelta entre el trabajo y su casa. Cabe señalar que la pregunta anterior tuvo un 17,4% de no respuesta. Estos datos se corresponden con los notificados para el total de trabajadores cubiertos de la provincia de Buenos Aires (SRT, 2010a).

La Figura 16, muestra además el esquema de frecuencias relativas de reporte y reconocimiento por parte de las ART, de los accidentes de trabajo en la población estudiada, desde la perspectiva de los propios trabajadores. De forma similar a lo que sucede con las enfermedades profesionales, más de la mitad de los trabajadores (52,4%) no reportaron el accidente de trabajo. El 31,4% de quienes han tenido algún evento de este tipo lo ha reportado como tal. De ellos, el 44,9% no fue reconocido, el 28,9% fue reconocido, y el 2,5% se encontraba en trámite en el momento del estudio (Figura 16).

Figura 16. Esquema de frecuencias relativas de reporte y reconocimiento por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, de accidentes de trabajo en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
Nota: Esta información fue elaborada a partir del autoreporte de los trabajadores.
ART = Aseguradora de Riesgos de Trabajo.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Al indagar sobre los motivos de no reconocimiento, muchos hicieron referencia a la magnitud del daño o a la ausencia visible de lesión. Otros, al igual que sucede con las enfermedades profesionales destacaron la ausencia de cobertura por parte de las ART.

El no reporte de las lesiones o accidentes de trabajo (52,4%) estuvo vinculado a motivos muy diversos que iban desde las dificultades burocráticas en el proceso de notificación hasta una minimización y naturalización del accidente por parte de los propios trabajadores:

> *"Porque la ART en lugar de facilitar complica más"* (enfermera, 43 años).
> *"Porque tengo que traer muchos papeles"* (administrativa, 60 años).
> *"Por mala atención de la ART"* (médica, 48 años).
> *"No sufrí daños, se cayó el ascensor conmigo adentro"* (bioquímica, 32 años).
> *"No fue de gravedad y no me impedía seguir trabajando"* (bioquímica, 31 años).
> *"Los cortes no fueron con material infectocontagioso"* (médico, 42 años).
> *"Me dijeron que no era un accidente a pesar de que tuvieron que internarme en terapia 3 días mientras estaba de guardia"* (obstetra, 42 años).
> *"Porque dicen que es parte del trabajo"* (enfermera, 43 años).
> *"Porque fue rompiendo una ampolla de medicación"* (enfermero, 57 años).
> *"Es común el sobreesfuerzo físico en las tareas que desempeño"* (médica, 47 años).

Otros motivos relatados, muestran la percepción de vulnerabilidad de los trabajadores con relación a las condiciones en las que trabajan, que van desde las circunstancias físicas hasta la falta de personal:

> *"Son golpes por falta de espacio y luz en el lugar"* (farmacéutico, 46 años).
> *"Porque era el único profesional de servicio en ese momento"* (médico, 58 años).
> *"No podía dejar de atender"* (médico, 49 años).
> *"Estaba sola en la guardia, no me lo podía permitir"* (médica, 56 años).

Respecto de la atención recibida ante el accidente, se destaca que del total de trabajadores que refirieron haber sufrido alguna lesión o accidente de trabajo dentro del último año, el 46,4% recibió atención de salud, sea en el establecimiento donde trabajaba, en otro establecimiento público, en la ART o en un servicio privado. El 47,8% de los trabajadores calificó la atención recibida entre 8 y 10 puntos[11].

Modos de vida

La utilización del concepto *modos de vida* intenta problematizar y superar la mirada individual de los estilos de vida, rescatando el contexto cultural, social e histórico del cual forman parte (Possas, 1989; Menéndez 1998; Almeida-Filho, 2000). Desde esta perspectiva, la presente investigación indagó acerca de diferentes hábitos –consumo de tabaco y de drogas ilícitas– como forma de problematizar las relaciones entre salud y trabajo.

11 - En un rango de valoración de 0 a 10, donde 0 es la peor calificación y 10 la máxima.

Al preguntar específicamente "En el último mes, ¿usted ha consumido de manera habitual marihuana, cocaína, pasta base, u otra sustancia?", el 92,9% declaró no haberlo hecho. No obstante, el 23,9% de la población fuma, de los cuales el 68,6% consume menos de 15 cigarrillos diarios. A su vez, el 65,6% está expuesto al humo de cigarrillo en su lugar de trabajo. Se observó una mayor proporción de mujeres fumadoras (24,5%) que de hombres fumadores (22,6%). Además, entre los grupos ocupacionales con mayor porcentaje de fumadores se encuentran el personal de servicios (31%)[12], los administrativos (30,7%) y el personal de enfermería (29,4%). Los trabajadores con menores ingresos totales del hogar también agrupaban los mayores porcentajes de fumadores; dichos porcentajes eran del 27,9% para el rango de ingreso total del hogar entre $4.001-$10.000, y de 27,6% para el rango de menos de $4.000.

El hallazgo de las regularidades antes mencionadas con respecto al consumo de cigarrillos, nos permite pensar en las múltiples determinaciones socioeconómicas y culturales, que subyacen a este hábito tradicionalmente abordado desde la perspectiva individualista del estilo de vida. El hábito de fumar, al igual que otros hábitos/consumos y conductas no analizados en el presente estudio –como la dieta, los ejercicios físicos o el consumo de alcohol– precisa ser comprendido no como una característica individual, sino como producto de un contexto sociohistórico y cultural, como un modo de andar por la vida (Menéndez, 1998).

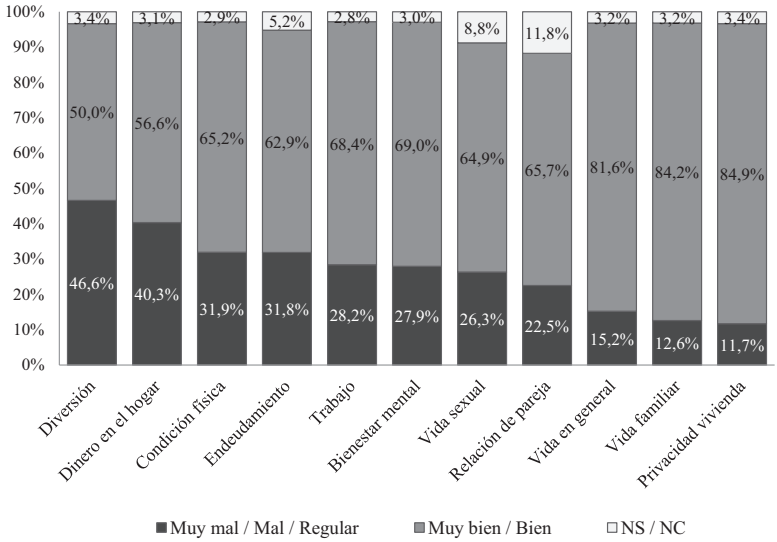
Calidad de vida

La calidad de vida como concepto multidimensional toma en cuenta algunas dimensiones que atañen a la salud: el trabajo, el ocio, las relaciones humanas y la economía familiar. En la presente investigación se indagó sobre la satisfacción de la población con algunos ámbitos de la vida como: la vida sexual, la pareja, la vida familiar en general, la diversión, el bienestar mental o emocional, el trabajo, la privacidad del lugar donde vive o el nivel de endeudamiento.

La Figura 17 muestra la satisfacción de la población de trabajadores con algunos de los ámbitos antes mencionados, como parte del concepto calidad de vida. Así, se percibe que aquellos ámbitos respecto de los cuales se presenta un mayor porcentaje de respuestas satisfactorias son: la privacidad de la vivienda (84,9%) y la vida familiar (84,2%). Por otra parte, los mayores porcentajes de respuestas insatisfactorias corresponden a los ámbitos de: la diversión (46,6%) y el dinero en el hogar (40,3%); seguidos de la condición física, el endeudamiento, el trabajo y el bienestar mental.

12 - Esta estimación tiene un coeficiente de variación del 20,3%.

Figura 17. Evaluación de la satisfacción con algunos ámbitos que hacen a la calidad de vida de la población de trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

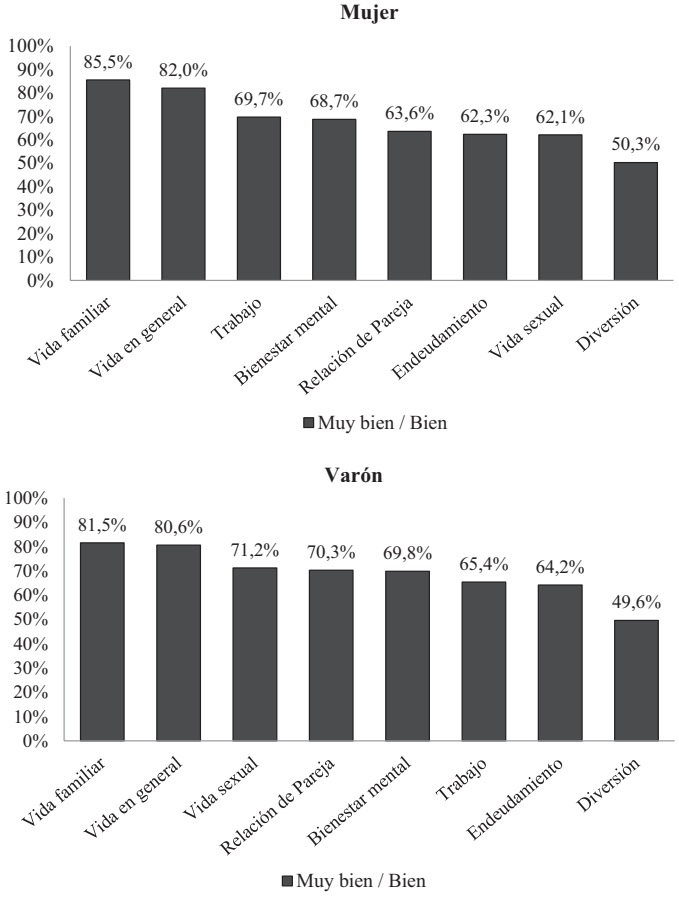


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Al analizar la distribución de las respuestas entre cada una de las categorías ocupacionales trabajadas en este estudio, se encontró que los médicos presentan un 33,2% de malestar mental, y los enfermeros un 32,8%. También los médicos y médicas son quienes peor se sienten con la cantidad de diversión que tienen en su vida, seguidos por el personal de enfermería y por los trabajadores de otras profesiones asistenciales. Con respecto a cómo se sienten con relación al trabajo, el 35,2% de los médicos, el 33,4% de los técnicos y el 31,7% de los trabajadores de otras profesiones asistenciales, sostienen que muy mal, mal y/o regular. El personal de enfermería es el que mayor porcentaje de respuestas de insatisfacción muestra con su nivel de endeudamiento (48,6%); seguido por el personal de servicios (38%) y administrativos (37,1%).

La Figura 18 muestra la distribución de la evaluación de los diferentes ámbitos de la calidad de vida, según sexo. En líneas generales, varones y mujeres, tienen una evaluación positiva sobre su vida en general. A su vez, entre los varones, los porcentajes más elevados se observan en ámbitos como la vida familiar, la vida sexual y la relación de pareja, mientras que entre las mujeres, los mayores porcentajes de evaluación positiva se encontraron en la vida familiar, el trabajo y el bienestar mental.

Figura 18. Evaluación por sexo de la satisfacción con algunos ámbitos que hacen a la calidad de vida, de la población de trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



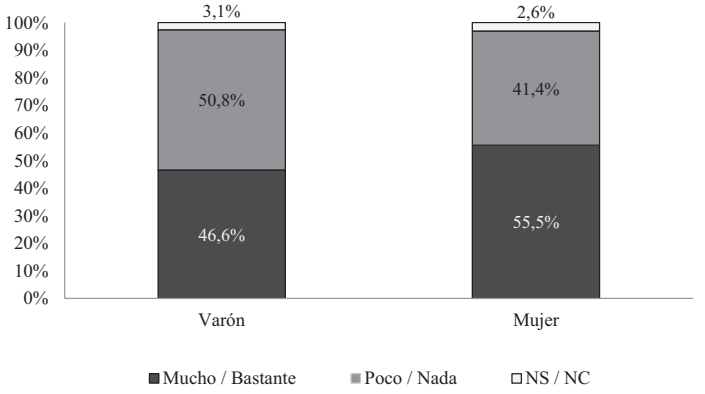
Fuente: Elaboración propia.

Al indagar sobre la contribución que realiza el trabajo en el hospital a su felicidad, el 52,7% de la población manifiesta que contribuye mucho o bastante, y el 44,3% que contribuye poco o nada a su felicidad; el 2,7% no contestó a la pregunta. Cabe destacar que los médicos (53,8%), técnicos (48,3%), y administrativos (47,2%) son quienes consideran poca o nula la contribución del trabajo en el hospital a su felicidad, en mayor medida que el resto de los trabajadores. A su vez, el personal de enfermería (59,3%) y el de otras profesiones asistenciales (60,6%) y no asistenciales

(60,1%), fueron quienes destacaron en mayor proporción que su trabajo en el hospital contribuye mucho o bastante a su felicidad.

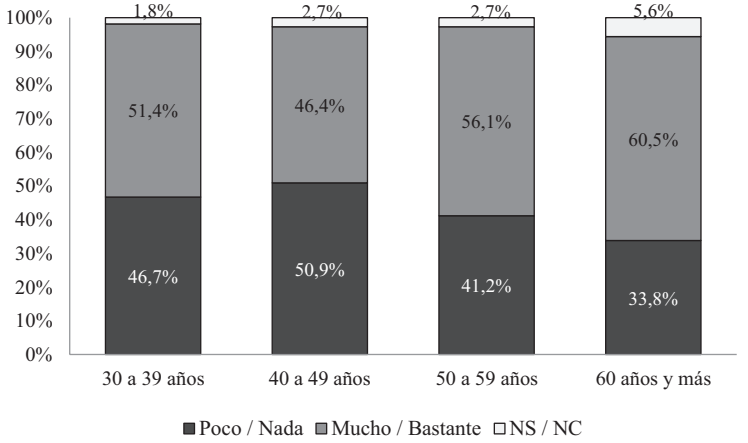
En las Figuras 19 y 20 se muestra la evaluación de la población sobre cuánto contribuye el trabajo en el hospital a sentirse feliz, según sexo (Figura 19) y edad (Figura 20). En este sentido, son los hombres (50,8%) y los trabajadores entre 40 y 49 años (50,9%), los grupos que en mayor medida consideran que el trabajo en su hospital contribuye poco o nada a su felicidad. En contraposición, se observa una mayor valoración positiva sobre la contribución del trabajo a la felicidad entre las mujeres y los trabajadores mayores de 49 años.

Figura 19. Evaluación por sexo sobre cuánto contribuye el trabajo en el hospital a sentirse feliz en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Figura 20. Evaluación por rangos de edad sobre cuánto contribuye el trabajo en el hospital a sentirse feliz, en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Módulo III: Proceso de trabajo

El presente módulo tuvo como objetivo acercarse a la complejidad del objeto de trabajo en salud, así como a las particularidades del proceso de trabajo desde la mirada de los trabajadores de los hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, tomando como punto de partida las múltiples determinaciones del trabajo en el campo de la salud y las relaciones sociales y productivas que lo determinan (Laurell, 1978; Neffa, 2002). Para el presente análisis, se recuperó la categoría analítica del proceso de trabajo que da cuenta de la diversidad de prácticas en salud que se producen en las instituciones hospitalarias.

En este sentido, el módulo será presentado en dos grandes partes: una referida al objeto y las herramientas de trabajo en salud, y otra, a las condiciones y medio ambiente de trabajo en el espacio del hospital. En la primera parte, profundizaremos en aspectos referidos al objeto de trabajo, a los saberes y sus formas de articulación en el trabajo, así como al espacio intercesor (Merhy, 2006) entendido como aquel en que se produce el cuidado en la interrelación del trabajador de la salud con los usuarios y con sus pares. A su vez, en la segunda parte se dará cuenta de la organización del trabajo –tareas, turnos, horarios, descansos, tiempos, tecnologías y herramientas de

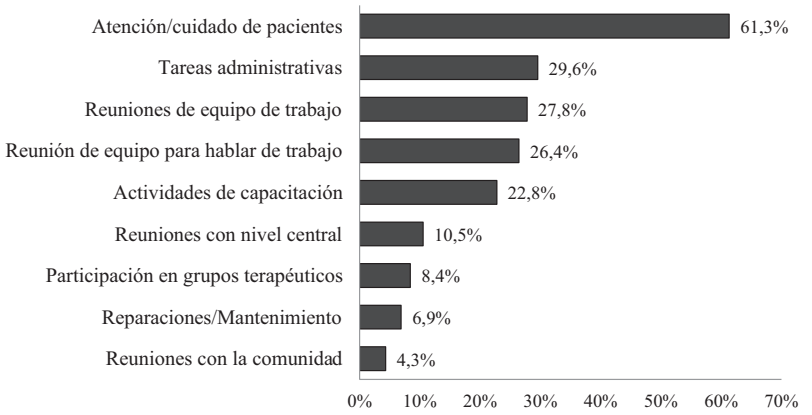
trabajo–, y de cómo algunas condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en el hospital, podrían ser el contexto donde operan diversos elementos perjudiciales para la salud de trabajadores. Se describirán dichos elementos nocivos y la percepción de riesgos en el puesto de trabajo desde la perspectiva de los trabajadores; además se problematizarán los tiempos de trabajo y descanso en el hospital.

Objeto y herramientas de trabajo. El otro, el cuidado y la comunicación

Al indagar en la percepción de la población estudiada sobre la naturaleza de su trabajo y las tareas que realizan cotidianamente, y en función de las respuestas, se pueden distinguir dos grandes grupos de trabajadores: quienes tienen a su cargo actividades abocadas a la atención/cuidado directo de los pacientes –personal de enfermería, personal médico, técnicos de laboratorio y radiología, trabajadores sociales, bioquímicos, odontólogos, psicólogos, kinesiólogos, auxiliares, mucamas y otras profesiones asistenciales–, y quienes realizan tareas vinculadas indirectamente a la producción de la atención/cuidado-personal administrativo y de limpieza, cocina, seguridad, mantenimiento y lavandería, conductores de ambulancia, gestores y otras profesiones no asistenciales.

La Figura 21 muestra la frecuencia porcentual de las principales actividades que realizan los trabajadores en una semana normal de trabajo. Ante la pregunta: "¿Podría señalar las actividades que usted realizó durante la última semana?" los trabajadores destacaron como principal actividad la atención o cuidado de pacientes, seguida por las tareas administrativas y aquellas referidas al trabajo en equipo (Figura 21).

Figura 21. Frecuencia porcentual de las actividades realizadas durante su última semana de trabajo por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Las reuniones con la comunidad aparecen como la actividad que menos refieren realizar (4,3%). Este dato, desde nuestra perspectiva, señala una erosión de los vínculos entre trabajadores y comunidades (Spinelli, 2010) y de un modelo de atención centrado en la demanda, más que en las necesidades (Paim, 2008). Este análisis no debería quedar en el plano de las relaciones entre trabajadores y usuarios, sino que debe ser comprendido como producto de un conjunto de condiciones sociales, económicas e históricas (Neffa, 2002), que determinan las formas de funcionamiento de la institución hospitalaria (Menéndez, 2005).

Los datos descriptos anteriormente adquieren nuevas dimensiones cuando son complementados con los relatos de los trabajadores alrededor de sus actividades cotidianas. Así, al solicitarle a cada uno que "describa detalladamente las tareas más habituales que realiza en su trabajo actual", por lo general hicieron referencia a actividades de asistencia, atención, muchas veces descriptas en forma de procedimientos específicos. En cambio, la palabra "cuidado" apareció muy pocas veces en la descripción de las tareas cotidianas.

> *La tarea más habitual es medicar y escuchar al paciente* (enfermera, 29 años).
> […]*problemáticas sociales diversas de alto riesgo social y salud de pacientes ambulatorios e internados. Entrevistas con mucha carga emocional y dolor* (trabajadora social, 54 años).
> *Todo lo relacionado con la atención a pacientes y prevención* (médico, 64 años).
> *La tarea más habitual es hablar. Fundamentalmente realizo atención de pacientes* (médica, 49 años).
> *Tomar controles de signos vitales, medicar, colocar vías, curar, higienizar, rotar pacientes, darles de comer, conversar con el paciente* (enfermera, 40 años).
> *Asistir a médicos y pacientes, contenerlos ante situaciones extremas y ser casi siempre un poco el intermediario entre ellos*[…] (enfermera, 32 años).

Los trabajadores que destacaron el cuidado como actividad, se refirieron por lo general al cuidado de niños, bebés y pacientes graves, y la mayor parte de las veces estuvo vinculado al trabajo de enfermería.

> *Cuidados de pacientes en emergencia* (licenciado en enfermería, 55 años).
> *Cuidado del paciente, organización del servicio de enfermería, solicitud de medicamentos e insumos* (enfermera, 64 años).
> *Cuidado integral de niños del jardín, cambio de pañales, higiene, alimentación, actividad pedagógica* (educadora maternal, 44 años).

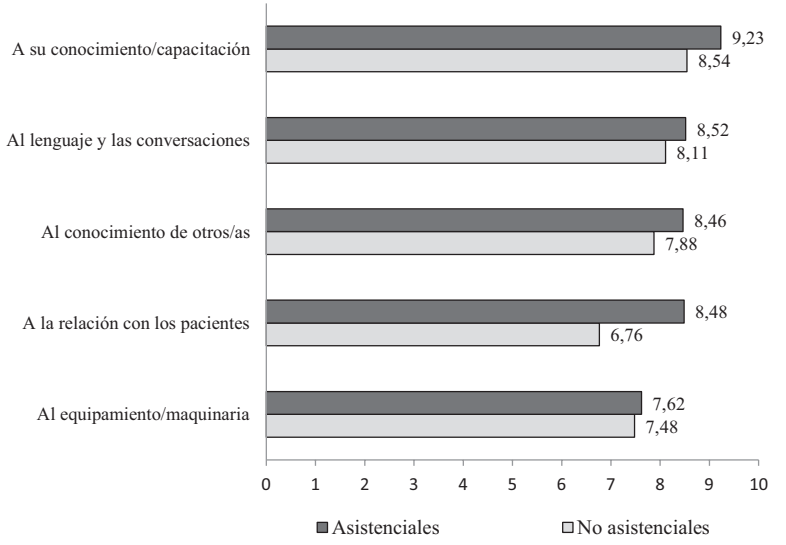
Este tipo de actividades, generalmente realizadas por trabajadores con funcio-

nes abocadas a la atención/cuidado directo de pacientes, tienen como núcleo central de sus prácticas el encuentro con otros, lo cual no siempre se tiene presente.

Las tareas asistenciales, de atención/cuidado, en el discurso de los trabajadores aparece desde un lugar en el que el trabajador con sus conocimientos, recibe y controla las demandas de los usuarios (Paim, 2008; Menéndez, 2005). El saber de los trabajadores con funciones asistenciales, así como su reconocimiento social, son parte del poder que se pone en juego en cada encuentro (Merhy, 2006). Este poder técnico (Testa, 1997a), así como también el desarrollo de la investigación biomédica en la que se fundamentan sus saberes, forma parte del "Modelo Médico Hegemónico" (Menéndez, 2005).

Para el análisis de los elementos y herramientas de trabajo en salud utilizamos la clasificación de tecnologías de Merhy (2006). En esta se incluyen las tecnologías blandas, caracterizadas por las relaciones entre los sujetos, las tecnologías duras-blandas, correspondientes a los saberes estructurados (conocimientos clínicos, epidemiológicos, etc.) y las tecnologías duras, entendidas como los equipamientos y maquinarias (Merhy, 2006). En esta línea, la Figura 22 muestra la importancia asignada (promedio) por la población estudiada a diferentes elementos utilizados en el trabajo en el hospital (tecnologías blandas, duras-blandas y duras). Al preguntar: "¿Qué puntaje de importancia o dependencia le asigna a los siguientes elementos para que usted pueda hacer su trabajo?", los trabajadores a nivel general asignaron los mayores puntajes, en una escala de 0 a 10, a: su conocimiento/capacitación (9,05), al lenguaje y las conversaciones (8,45), y al conocimiento de otros/as (8,32) (Figura 22). A su vez, la distribución según la función que realizan los trabajadores en el hospital (asistencial y no asistencial), fue similar en cuanto al orden de importancia seleccionado, a excepción de la relación con los pacientes, destacada en tercer lugar por los trabajadores con funciones asistenciales (8,48) en contraste con los trabajadores que no realizan tareas asistenciales (6,76) (Figura 22).

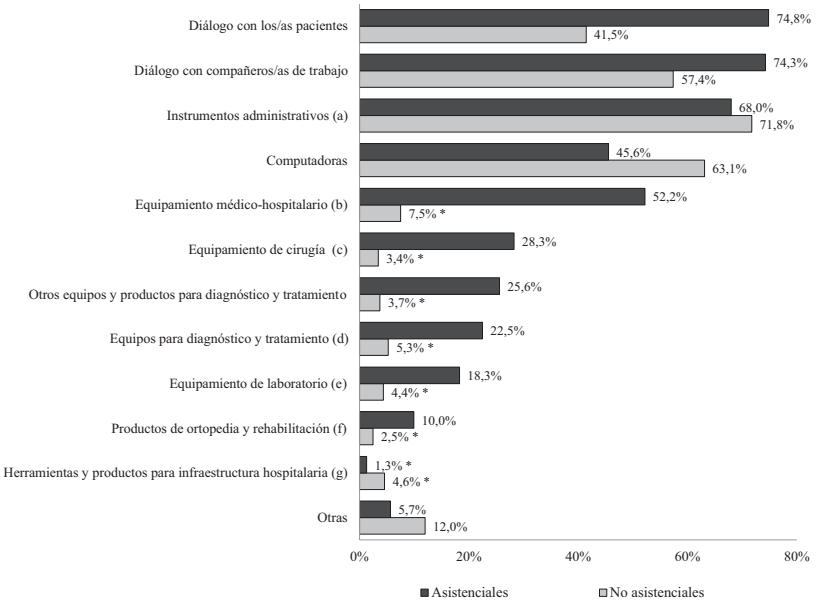
Figura 22. Importancia seleccionada (promedio) en una escala de 0 (nada importante) a 10 (muy importante), a diferentes elementos utilizados en el trabajo, por los trabajadores de los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Al preguntar sobre "¿qué equipamiento y/o herramienta identifica como parte de su propio trabajo cotidiano?", los trabajadores con funciones asistenciales destacaron la importancia del diálogo con pacientes o con compañeros (tecnologías blandas) como principales herramientas de trabajo, mientras que los trabajadores con funciones no asistenciales destacaron la relevancia de los instrumentos administrativos y las computadoras (tecnologías duras) (Figura 23). Los equipamientos (estetoscopio, fórceps, angiografía, tomografía computarizada, microscopio, etc.) que representan las tecnologías duras en los trabajadores asistenciales, aparecen con un porcentaje más bajo que las tecnologías blandas (Figura 23).

Figura 23. Uso de diferentes herramientas (tecnologías blandas, duras-blandas y duras) como parte del trabajo cotidiano de los trabajadores (asistenciales y no asistenciales) de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
(a) Planillas, formularios, sellos, etc.
(b) Equipo de anestesia, básculas, tallímetros, camilla, estetoscopio, etc.
(c) Fórceps, bisturí, pinzas tipo Kocher o similar, espéculos, separadores, sierras, curetas, etc.
(d) Radiografía, fluoroscopía, angiografía, tomografía computarizada, cobalto.
(e) Pipetas, baños de ultrasonido, agitadores magnéticos, microscopio, etc.
(f) Bragueros, collarines, prótesis de extremidades, cabestrillos, etc.
(g) Escoba, serrucho, martillo, pintura, brocha, etc.
*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

Los datos antes presentados, nos permiten hablar de la importancia que le asignan los trabajadores a las tecnologías blandas (diálogo, lenguaje, conversaciones) y a las duras-blandas (conocimiento, capacitación) en su trabajo cotidiano (Merhy, 2006), lo cual revela la centralidad de la comunicación en los procesos de trabajo en salud. Esto, a su vez, confirma el valor relativo de las tecnologías duras (equipamientos y maquinarias) (Merhy, 2006), que, en el discurso cotidiano de los usuarios, de los gobernantes, de los gestores y de los propios trabajadores, aparecen como la solución a los problemas de la institución hospitalaria (Spinelli, 2012). Esta mirada desde los trabajadores de nuestra población de estudio, permite a su vez problematizar un

modelado de la gestión del cuidado en salud que, para autores como Merhy (2006), estaría priorizando una medicina mercantilizada, al estar centrada en las tecnologías duras. Los datos antes descriptos muestran además, al trabajador de la salud como un trabajador "del conocimiento, que hace cosas con palabras" (Spinelli, 2010 p. 283), a diferencia del trabajador que depende de la máquina para realizar su trabajo.

La importancia del lenguaje y las conversaciones, en particular de la comunicación con compañeros de trabajo, pone de manifiesto, además, la necesidad del trabajo en equipo como parte de los procesos de trabajo en salud (Campos, 2006; 2009).

Al indagar sobre el trabajo en equipo se pidió a cada trabajador mencionar "… los otros servicios o profesionales con los que usted tiene que coordinar su propio trabajo. Y describa brevemente los motivos de ello". El análisis cualitativo de las respuestas de los trabajadores de la población estudiada destacó, de forma casi mayoritaria, la importancia de la coordinación del trabajo cotidiano con otros profesionales y/o servicios. En muy pocas ocasiones se encontraron opiniones que referían a la no coordinación de su trabajo con otros, ya fuera por la ausencia de personal en algunos servicios -sobre todo en el turno de noche- o por no considerarlo necesario.

Sin perder de vista estas particularidades, la mayor parte de las opiniones de los trabajadores destacaron efectivamente el realizar acciones de coordinación con otras personas, ya fuera del mismo servicio, o de otros servicios y áreas dentro y fuera del hospital. Estas acciones no solo se consideraban -en palabras de los trabajadores- parte del trabajo cotidiano, sino también necesarias dentro de la complejidad del trabajo en salud. La singularidad de cada acción de coordinación sin dudas depende de la ocupación y el servicio de referencia del trabajador que narraba su experiencia. Así, entre los principales motivos para coordinar el trabajo con otros se encuentran los clínicos, los administrativos y los de gestión.

> *Con diferentes especialidades con motivo de interconsulta, ateneos, reuniones, para intercambiar criterios de tratamiento. Somos requeridos y requerimos interconsultas para asesorar sobre diferentes temas de la especialidad* (médica, 65 años).
> *Clínica médica; existe interacción con ese servicio para resolver problemas de los pacientes* (médica, 48 años).
> [Para] *el traslado del paciente a otro servicio, conseguir cama para el paciente que tiene pase a sala* (enfermera, 54 años).
> *Con médicos que informan el trabajo que yo realizo; dependo de ellos para complementar mis estudios* (técnica radióloga, 35 años).
> *Compras, contable, mantenimiento y todos los servicios que piden cosas al depósito de materiales* (administrativo, 64 años).
> *Con docentes; coordinar, planificar profesionales del hospital,* […] *también con el barrio o los centros de salud* (licenciada en enfermería, 61 años).

Al solicitar al trabajador que "mencione los aspectos que más le molestan cuando hay problemas de coordinación con otros servicios o profesionales", se destacaron como los más importantes aquellos relacionados con la comunicación, la organización del trabajo y la relación entre los trabajadores (vínculos). Los problemas en la comunicación, fueron planteados en los siguientes términos como: malos entendidos, solicitudes de procedimientos incomprensibles o mal formuladas y ausencia de comunicación con algunos servicios.

> *Con otros jefes de área para unificar criterios de posiciones frente a distintas situaciones problemáticas. Se trata de evitar el doble discurso y las diferentes interpretaciones que luego se traducen en información equivocada* (médico, 61 años).
> *Cuando el pedido de interconsulta no es claro, a veces sucede que el pedido responde más a dificultades de los médicos intervinientes que de los pacientes* (psicóloga, 39 años).
> *No poder concordar acerca de los criterios a seguir para resolver los problemas* (odontólogo, 64 años).
> *Cuando los servicios se olvidan de pasar las vacaciones de los profesionales y damos los turnos. Los pacientes vienen y se encuentran con que el profesional no atiende y se enojan con el personal que otorga el turno* (administrativa, 32 años).
> *En los pedidos, falta de datos clínicos y de otros estudios de los pacientes, escasez de comités de discusión y de ateneos* (médico, 58 años).
> *Falta de comunicación. La falta del retiro de placas radiográficas cuando las solicitan urgentes y no son retiradas* (técnica radióloga, 62 años).
> *La falta de comunicación y el desconocimiento en todos los servicios de lo relevante del trabajo en equipo* (médica, 40 años).
> *Mala comunicación entre médicos que lleva a procesar órdenes de laboratorio ya hechas* (bioquímica, 44 años).

La comunicación es uno de los principales problemas percibidos en el trabajo conjunto, lo cual se relaciona con la centralidad que la misma tiene en el proceso de trabajo, así como con su complejidad y con la escasa reflexión sobre su importancia.

Otro de los principales problemas relacionados con la coordinación, hace referencia a la organización del trabajo. En este sentido, los trabajadores destacaron en sus relatos: la sobrecarga de trabajo –como consecuencia de la falta de personal y el ausentismo en algunos servicios– , las demoras en los procedimientos también motivados por la falta de personal, la sobrecarga de trámites administrativos, la desidia y la falta de insumos.

Los problemas vinculares, que fueron referidos a malos tratos y a actitudes irrespetuosas y discriminatorias, también fueron reconocidos como parte de la dificultad de la coordinación del trabajo. En este sentido algunos trabajadores manifestaron:

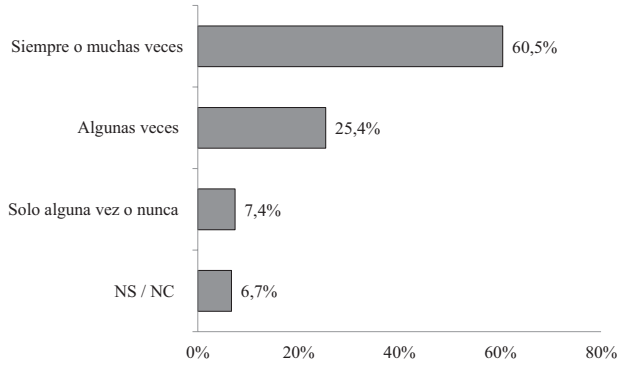
> *Lo que más me molesta es cuando algunos de estos compañeros elevan la voz (gritan) o revolean, por ejemplo, un instrumento* (enfermera, 49 años).
> […]*me molesta que siempre la culpa la tengan los "no" profesionales* (técnica de laboratorio, 35 años).
> [Es un problema] *el no saber dialogar con los profesionales; están creídos que todo lo saben* (trabajador de mantenimiento, 49 años)
> *Que se levante la voz y comiencen a gritar y no se escuchen* (enfermera, 53 años).
> *Me molesta el maltrato* (técnica en instrumentación quirúrgica, 50 años).

En algunas ocasiones, los trabajadores manifestaron en cuanto problemas en el proceso de coordinación, la autonomía de los trabajadores, así como también la ausencia de normas.

> [Son] *muy autónomos* (administrativo, 33 años).
> […] *nadie coordina a nadie* (enfermera, 40 años)
> *Distinto lenguaje en cuanto a decisiones, falta de normativas* (enfermera, 53 años).
> *Que no hay normativas* (enfermera, 54 años).

En relación con la autonomía de los trabajadores se observó que, la mayoría de los trabajadores identificó que "siempre o muchas veces" tiene autonomía para organizar su trabajo (60,5%), mientras que un porcentaje menor (7,4%) siente que "solo alguna vez o nunca" (Figura 24).

Figura 24. Distribución porcentual de la frecuencia con que se percibe la autonomía en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

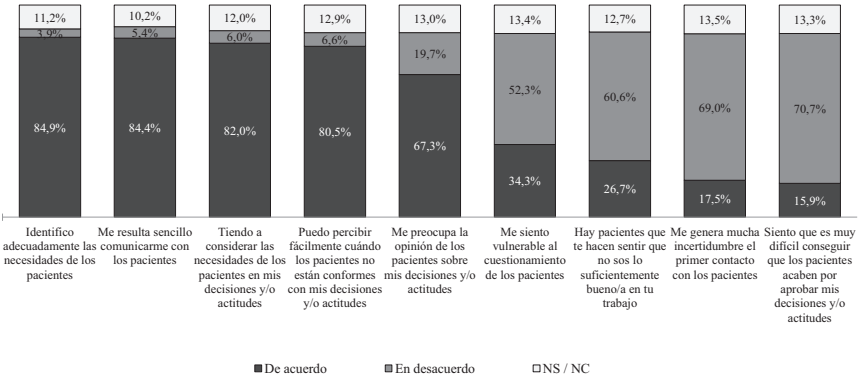
Las expresiones y resultados anteriores, conforman las características de la Burocracia Profesional, la cual se caracteriza por el elevado nivel de autonomía de los trabajadores dedicados fundamentalmente a las tareas asistenciales. Estos trabajadores, en su mayoría profesionales, constituyen la base operativa de este tipo de organizaciones (Mintzberg, 2001). Por lo tanto, los profesionales con su saber generan dominios de conocimientos en el interior de la organización que no necesariamente son compartidos por la gerencia, como por ejemplo los saberes específicos de las diferentes especialidades médicas, que favorecen la creación de espacios cerrados de baja gobernabilidad (Chorny, 1997).

La prácticas de cuidado como producto de los vínculos (Merhy, 2006), la autonomía de los profesionales (Mintzberg, 2001), la baja gobernabilidad (Chorny, 1997), así como la imposibilidad de la gestión normativa y centralizada (Chorny, 1997; Campos, 2006) son algunas de las características del trabajo en salud. De ahí que la mayor parte de los relatos de los trabajadores se refieran a la complejidad de la comunicación, y a las dificultades para pautar procesos. La ausencia de reflexión sobre estas complejidades y potencialidades en el proceso de trabajo, supone la presencia de soluciones basadas en lógicas normatizadoras que intentan limitar la dimensión subjetiva de la producción de cuidado (Campos, 2006; Batista, Merhy, 2011).

La dimensión del vínculo en la producción de cuidado

Al explorar las relaciones intercesoras (Merhy, 2006) que se establecen entre usuarios y trabajadores (denominadas también vínculos o procesos relacionales), se ponen de manifiesto las tensiones que se producen en el proceso de cuidado. En la Figura 25 se presenta la percepción de los trabajadores con funciones asistenciales, sobre diferentes aspectos relativos al vínculo con los usuarios. En ella se puede observar que los mayores porcentajes de acuerdo se encuentran en las siguientes afirmaciones: “Identifico adecuadamente las necesidades de los pacientes” (84,9%) y “Me resulta sencillo comunicarme con los pacientes” (84,4%). Asimismo, las afirmaciones con menor porcentaje de acuerdo fueron: “Me genera mucha incertidumbre el primer contacto con los pacientes” (17,5%) y “Siento que es muy difícil conseguir que los pacientes acaben por aprobar mis decisiones y/o actitudes” (15,9%) (Figura 25).

Figura 25. Distribución porcentual del grado de acuerdo con afirmaciones relativas a la percepción de diferentes aspectos del vínculo con los usuarios, en trabajadores con funciones asistenciales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la Figura 25 señalan cierta seguridad de gran parte de los trabajadores en el encuentro con los usuarios, la cual se puede relacionar con el alto reconocimiento social de su trabajo (Testa, 1997a), de las asimetrías que ha generado históricamente el saber biomédico (Menéndez, 2005), así como del poder que le asigna la función asistencial.

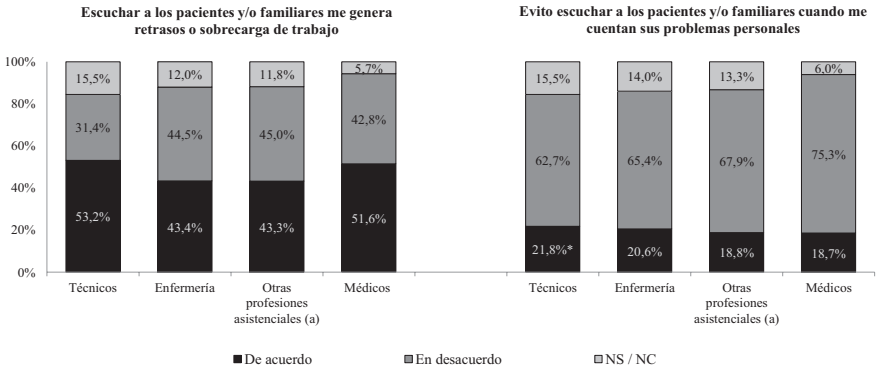
Por otro lado, al indagar sobre "el compromiso del personal del hospital con los pacientes", se observó que los técnicos (80,6%) y el personal de enfermería (79,8%) son las categorías ocupacionales que en mayor porcentaje perciben como bueno el compromiso del personal con los pacientes, mientras que otras profesiones asistenciales (19,0%) y los médicos (17,3%) son quienes en mayor medida lo perciben como malo. La mirada negativa de los profesionales sobre el compromiso del personal del hospital con los pacientes, a pesar de no presentar porcentajes elevados, revela algún grado de autocrítica sobre el deterioro de los vínculos con los usuarios. En este sentido lo refería así un trabajador en el cuestionario:

> [Es un problema] *que* [los trabajadores] *no se pongan en el lugar de los pacientes y familiares, y no les brinden la información necesaria o los traten mal, ya que ellos desconocen cómo funciona el sistema* (enfermera, 45 años).

Las Figuras 26 y 27 muestran la percepción de los trabajadores con funciones asistenciales sobre diversos aspectos referidos a la comunicación con los usuarios. En la Figura 26 se observa que más de la mitad de los técnicos (53,2%) y médicos

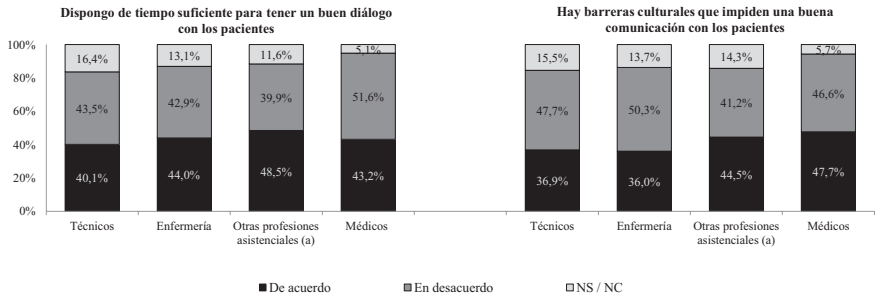
(51,6%) refieren estar de acuerdo con que escuchar a los pacientes y/o familiares les genera retrasos o sobrecarga de trabajo. No obstante, la mayoría de los técnicos (62,7%), enfermeros (65,4%), trabajadores de otras profesiones asistenciales (67,9%) y médicos (75,3%) están en desacuerdo ante la afirmación: "Evito escuchar a los pacientes y/o familiares cuando me cuentan sus problemas personales" (Figura 26). Conjuntamente, en la Figura 27 se observa que más de la mitad de los médicos (51,6%) refiere que no dispone de tiempo suficiente para un buen diálogo. A su vez, también son los médicos quienes en mayor proporción (47,7%) refieren estar de acuerdo con que las barreras culturales impiden una buena comunicación con los usuarios (Figura 27).

Figura 26. Distribución porcentual del grado de acuerdo con afirmaciones relativas a la percepción sobre la comunicación con los usuarios de los trabajadores con funciones asistenciales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.
NS / NC = No sabe / No contesta.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Figura 27. Distribución porcentual del grado de acuerdo con afirmaciones relativas a la comunicación con los usuarios de los trabajadores con funciones asistenciales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Para seguir profundizando sobre el tema, se preguntó a los trabajadores si estaban de acuerdo o no con algunas afirmaciones sobre el tiempo y la comunicación con los usuarios. El 59,7% está de acuerdo con la siguiente enunciación: "La falta de tiempo hace que no dedique a cada paciente el tiempo que desearía". En este sentido, el 70,6% de los trabajadores, entiende que: "Trabajo mucho, pero me rinde menos". Con respecto a la comunicación, el 32,7% esta de acuerdo con la aseveración "Tengo dificultades para comunicarme con pacientes con actitudes críticas sobre mi trabajo", mientras que el 52,4% opina lo contrario.

Lo antes descripto, muestra cómo los problemas de la comunicación también se manifiestan como una tensión en la relación con los usuarios, donde el tiempo aparece como un recurso escaso. Situación similar a la que se describió en relación con los problemas de coordinación en el interior de los equipos de trabajo.

Estas tensiones de la dimensión vincular entre usuarios y trabajadores, caracterizadas por las relaciones de poder, la complejidad de la comunicación o la pérdida de compromisos, no pueden ser descontextualizadas de las condiciones en las que se producen. Estas últimas tienen que ver con factores socioeconómicos, políticos e institucionales y con condiciones generales de vida, que toman formas particulares de acuerdo a cada organización, a su objeto, a su estructura organizativa (Neffa, 2002),y a su lugar en la sociedad. Así, entendemos que las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) en el hospital, están determinadas por las particularidades del contexto, pero también por una estructura organizativa y una legitimidad que se ha venido construyendo desde hace más de dos siglos (Testa, 1997a; Foucault, 2011).

El hospital: los tiempos, los espacios y los elementos nocivos en el trabajo

La organización de los tiempos de trabajo en los hospitales, al comprender la prestación de servicios los 365 días del año durante las 24 horas del día, agrega una mayor complejidad a la organización del propio trabajo en salud (Spinelli, 2010). Esta dinámica, precisa de trabajadores presentes en la institución de forma permanente, de día, de noche, en labores administrativas, asistenciales, de mantenimiento o limpieza, con condiciones de trabajo particulares.

Para indagar sobre la forma en que se estructuran los tiempos de trabajo y descanso en la población de trabajadores de hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, se preguntó "¿Cuántas horas trabajó usted cada día en el último mes?" y "¿Cuántos días de descanso tiene usted en la semana?". El 13,5% de los trabajadores refirió superar las 48 horas de trabajo semanal, y el 25,8% el tener menos de dos días de descanso en la semana.

Esta complejidad de la organización de los tiempos de trabajo y descanso muestra, a su vez, diferencias según sexo. En la Tabla 15 se puede observar que el porcentaje de mujeres que realizan jornadas de trabajado prolongadas (más de 48 horas semanales), es ligeramente mayor que el de los varones.

Tabla 15. Distribución porcentual por sexo de horas de trabajo semanales en trabajadores de establecimientos asistenciales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Horas de trabajo en la semana	Varón (%)	Mujer (%)
Hasta 35 horas	39,5	36,2
Entre 36 y 40 horas	31,2	33,0
Entre 41 y 48 horas	4,9	6,6
Más de 48 horas	12,7	13,8
NS / NC	11,7	10,4

Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Cabe destacar que la Ley 10.471 establece un máximo de 48 horas semanales de trabajo para los profesionales que prestan servicios en los establecimientos asistenciales correspondientes al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Para el caso de los trabajadores de la salud que se encuentran en el marco de la Ley 10.430 de la Administración Pública de la provincia de Buenos Aires, la extensión de la jornada laboral varía de acuerdo al escalafón y jerarquía del trabajador.

La Tabla 16, muestra la distribución porcentual de días de descanso semanales, según sexo. En ella se observa que predominan los 2 días de descanso máximo tanto entre varones (86,7), como entre mujeres (81,3%).

Tabla 16. Distribución porcentual por sexo de días de descanso semanales en trabajadores de establecimientos asistenciales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Días de descanso en la semana	Varón (%)	Mujer (%)
Menos de 2 días	26,0	25,7
2 días	60,7	55,6
Más de 2 días	4,6*	8,1
NS / NC	8,7	10,6

Fuente: Elaboración propia.
*Estimación con un coeficiente de variación mayor del 20%.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Al continuar profundizando sobre la forma en que se organizan los tiempos de trabajo y descanso, se preguntó: "¿Qué días de la semana trabajó en el último mes?". El 12% de los trabajadores refirió haber tenido días de trabajo discontinuos, lo que se manifiesta en el: trabajo "de lunes a viernes, y excepcionalmente, sábados, domingos y feriados" (6%), la alternancia de "días de semana con fines de semana" (3,1%), así como en "días irregulares" de trabajo (2,8%).

La organización de los tiempos de trabajo y descanso, tal y como han sido descriptos en la literatura, no solo demandan un cambio particular de la vida en el interior del hogar (Osorio *et al.*, 2011), sino que influyen en otros múltiples aspectos como los hábitos alimentarios o los períodos de sueño. Cabe recordar, que el cansancio y los problemas para dormir, fueron los dos principales síntomas descriptos por trabajadores de la población estudiada, como fue presentado en el módulo I.

Otro de los aspectos que hacen particular el trabajo en el hospital, es el referido al sistema de guardias. En el presente estudio, ante las preguntas: "En el último mes ¿ha realizado guardias?" y "¿Cuál es la modalidad habitual de realización de sus guardias?", el 30% de los trabajadores refirió haber trabajado dentro de esta modalidad, de los cuales el 83,2% lo hizo de forma activa o presencial. También se preguntó: "En el último mes ¿cuántos días de guardias realizó?", ante lo cual, los trabajadores respondieron haber realizado entre 4 y 5 días de guardia (36,1%), menos de 4 días de guardia (19,2%), entre 6 y 8 días de guardia (15,2%), y 9 días y más de guardia (8,5%) en el último mes. El 21% de los trabajadores no respondió esta pregunta. A su vez, más de la mitad (60,2%) de los trabajadores "realiza su jornada habitual" luego de finalizar su guardia, situación que señala la naturalización de una situación cuasi atípica en el mercado laboral.

Al preguntar "Con qué frecuencia ha tenido que prolongar su jornada de trabajo" durante el último mes, el 53% trabajadores refirió realizar horas extras al menos

una vez al mes, de los cuales, el 29,5% lo ha hecho al menos una vez por semana. El análisis según categoría ocupacional muestra que, los médicos son los que en mayor porcentaje refirieron prolongar su jornada de trabajo para cada una de las frecuencias temporales indagada. Así el 64,1% la prolongó al menos una vez por mes, el 38,6% al menos una vez por semana, y el 8,1% de los médicos, lo hace cada día o casi cada día. Por otro lado, el 27,6% de la población estudiada ha "tenido que llevarse trabajo a su casa" al menos una vez al mes, de los cuales, el 12,6% lo hizo al menos una vez por semana. El análisis según categoría ocupacional muestra nuevamente que fueron los médicos quienes en mayor medida, manifestaron haber tenido que llevarse trabajo al menos una vez por mes (46,3%). Ante la pregunta "¿Cómo se compensaron esas horas trabajadas fuera de su horario?", el 33,6% de los trabajadores refirió haber recibido una compensación, ya sea "con tiempo libre" (15,8%), "con retribución económica" (12,3%) o con otra forma de compensación (5,5%).

La extensión de la jornada laboral constituye una de las características que marcan desde finales del siglo pasado, el deterioro de las condiciones de empleo y trabajo en el campo de la salud (Novick, Galin 2003). Pero, además de las formas en que se organizan los tiempos, existen otros factores, que hacen a las condiciones de trabajo en la población estudiada: la exposición a elementos nocivos. Estos, si bien muchas veces son naturalizados como parte del trabajo en el hospital, precisan ser problematizados, visibilizados. La ergonomía del trabajo, la necesidad de higiene y asepsia en el hospital, así como la realización de procedimientos invasivos determinan el modo de trabajar en salud, en particular en la institución hospitalaria. Esto implica, entre otras cosas, la exposición a diversos elementos nocivos de tipo químico, físico y/o biológico con mayores niveles de exposición en función de la tarea que se realice. La nocividad tienen un correlato objetivo, medible, pero también uno subjetivo (Neffa, 2002), proveniente de la percepción de los trabajadores que la viven, que la padecen. En el presente estudio, se trabajó en esta última dimensión, al preguntar a los propios trabajadores sobre la existencia de elementos nocivos y de riesgos concretos en sus puestos de trabajo. Así, reivindicamos la idea de que nadie está en mejores condiciones de "diagnosticar" la nocividad que los propios trabajadores (Oddone *et al.*, 1986; Neffa, 2002).

En cuanto a la satisfacción de los trabajadores con su lugar de trabajo, la Figura 28 muestra el grado de satisfacción con algunos aspectos del trabajo en el hospital. En promedio, los aspectos en que se encontraron menos satisfechos fueron aquellos que tienen que ver con la provisión de ropa, calzado, agua, comida, las áreas de descanso y el estado de los baños, mientras que el mayor grado de satisfacción en relación con su trabajo se observó en aquellas cuestiones que se vinculan con la atención dada a los pacientes y el trabajo en equipo (Figura 28).

Figura 28. Promedio de satisfacción en una escala de 0 (nada satisfecho) a 10 (muy satisfecho) con diferentes aspectos del trabajo en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia.

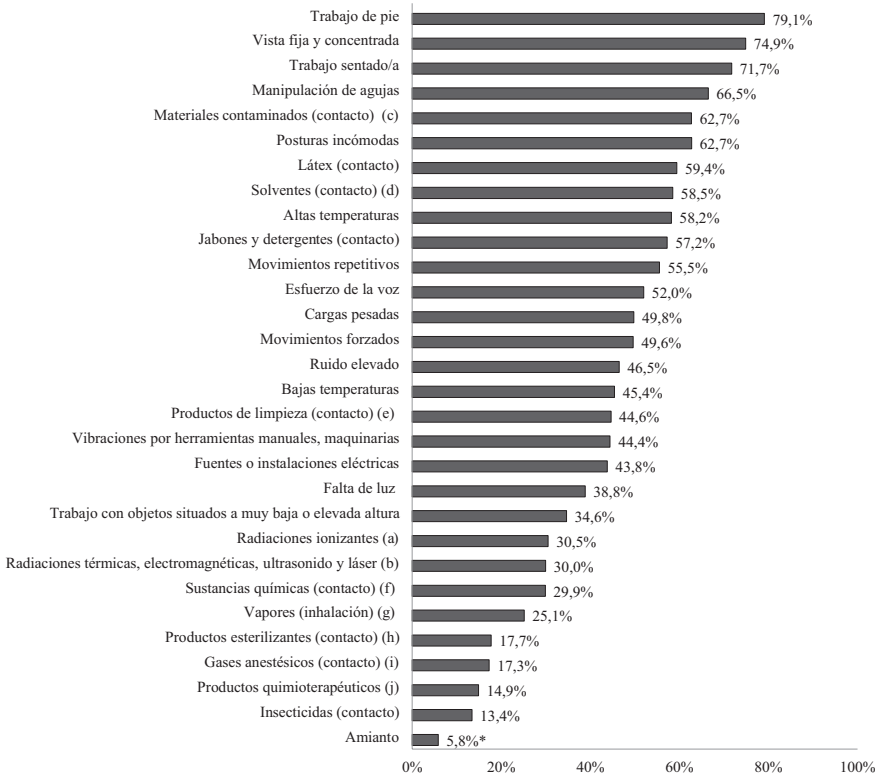
La atención de pacientes y el trabajo en equipo fueron aspectos con los que están más satisfechos todos los trabajadores independientemente de su categoría ocupacional. Los trabajadores que asignaron los puntajes más altos a la atención de pacientes fueron los correspondientes a: servicios (7,53), técnicos (7,31), enfermería (7,26) y otras profesiones no asistenciales (7,22); los médicos (6,75) fueron los que más bajo puntuaron este aspecto. Conjuntamente, los trabajadores de otras profesiones asistenciales[13] (6,90) y de servicios (6,87) fueron quienes mejor puntuaron el trabajo en equipo, mientras que nuevamente los médicos (6,07) fueron quienes menor puntaje le asignaron. No obstante estas diferencias, es importante destacar el alto grado de coincidencia de las diferentes categorías ocupacionales con los diferentes aspectos del trabajo en los que están más y menos satisfechos según el caso.

En relación con las condiciones y elementos nocivos a los que están expues-

13 - Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

tos, la Figura 29 muestra la distribución porcentual de trabajadores expuestos según el punto de vista de la población estudiada. Entre los principales elementos destacados se encuentran: el trabajo de pie (79,1%), la vista fija y concentrada (74,9%), el trabajo sentado (71,7%), y la manipulación de agujas (66,5%).

Figura 29. Porcentaje de trabajadores expuestos a condiciones y elementos nocivos en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
(a) Rayos X, rayos gamma, partículas alfa y beta, radioactividad.
(b) Radiaciones de microondas, luz infrarroja, luz ultravioleta, rayo láser, campos magnéticos y ultrasonido.
(c) Basura, fluidos corporales, material de laboratorio.
(d) Alcohol, acetona.
(e) Yodo, desinfectante, cloro.
(f) Productos o sustancias químicas como solventes, cloro, etc.
(g) Solventes, diluyentes, de metales o de ácidos.
(h) Óxido de etileno, glutaraldehído.
(i) Óxido de nitrano, enfluorano, halotano, isoflurano.
(j) Drogas antineoplásicas, citostáticos, antibacteriales.
* Este ítem (amianto) tiene un porcentaje de no respuesta del 25,5%.

Ahora bien, cuando las exposiciones a condiciones y sustancias nocivas fueron analizada por categoría ocupacional se presentaron diferencias. Así el trabajo de pie (86,8%), la manipulación de agujas (82,6%) y la vista fija y concentrada (78%) fueron las principales condiciones y elementos nocivos del trabajo referidos por los trabajadores de ocupaciones con tareas de cuidado directo o asistenciales, mientras que el trabajo sentado (71,5%), la vista fija y concentrada (68,5%) y el trabajo de pie (59,2%) fueron las más referidas por las ocupaciones de cuidado indirecto o no asistenciales.

Los resultados coinciden con otras investigaciones sobre trabajadores de la salud, en los que se destacan los movimientos repetitivos, los esfuerzos localizados y las posiciones antiergonómicas como elementos nocivos del trabajo en salud (OPS/OMS 2012; Assunção, 2011; Marsiglia, 2011). Este tipo de exposiciones se han observado con mayor frecuencia en el personal de enfermería, fisioterapeutas, técnicos, cirujanos y personal de mantenimiento (Assunção, 2011). Otros elementos nocivos a los que están expuestos en este tipo de trabajo son los fluidos biológicos (Fink *et al.*, 2005; Assunção, 2011; OPS/OMS 2012). Resulta destacable que el aumento en la exposición a fluidos sanguíneos, fue asociado en la literatura a aquellos trabajadores que reportaban mayores exigencias laborales e inadecuadas condiciones de trabajo (Posenato García, Facchini, 2009). Si bien las exposiciones antes mencionadas no pueden ser asociadas en nuestra población de estudio a riesgos[14] específicos, nos parece importante destacar la existencia de investigaciones internacionales que se enfocaron en analizar algunas de estas relaciones (OPS/OMS, 2012; Assunção, 2011; Prüss-Üstün, Rapiti y Hutin, 2003; Fink *et al.*, 2005; Warley *et al.*, 2006).

En el presente estudio se indagó sobre la percepción de riesgos de accidentes en el puesto de trabajo en la población estudiada, para lo cual se realizó la siguiente pregunta: "¿Cuáles son los principales riesgos de accidente que existen en su puesto de trabajo?". La Figura 30 muestra que algunos de los riesgos más comúnmente percibidos por trabajadores son los cortes y pinchazos (65,7%), los golpes (27,5%) y las caídas de personas (21,5%).

14 - Se habla de riesgo en el sentido epidemiológico de probabilidad de ocurrencia de un evento; medida que no es susceptible de ser calculada en un estudio de prevalencias.

Figura 30. Distribución de la percepción de riesgos de accidente de trabajo según forma de ocurrencia en los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia.
*Estimación con un coeficiente de variación mayor del 20%.
NS / NC = No sabe / No contesta.

El elevado porcentaje de percepción sobre el riesgo de cortarse y pincharse, podría estar vinculado a la posibilidad de contraer alguna enfermedad infectocontagiosa, principalmente entre los trabajadores con funciones de cuidado directo o asistencial. En este sentido, algunas investigaciones han estimado que, a nivel mundial, alrededor del 4,4% de las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el 37% de las infecciones por el virus de la hepatitis B (VHB) entre los trabajadores de la salud, pueden ser atribuibles a accidentes o lesiones provocadas por objetos punzocortantes (Prüss-Üstün, Rapiti y Hutin, 2003).

Al continuar con el análisis de la percepción de riesgos de accidente de trabajo según categoría ocupacional, se observó que los golpes fueron uno de los principales riesgos percibidos por los trabajadores de enfermería (46,3%) y de otras profesiones asistenciales (35,6%), mientras que las caídas de personas fueron destacadas también por los trabajadores de enfermería (38,9%) y otras profesiones asistenciales (30,1%). Por último, cabe destacar la exposición a radiaciones como el principal riesgo perci-

bido entre los técnicos de radiología (72,7%), los médicos (24,5%) y el personal de enfermería (20,9%); el sobreesfuerzo por manipulación manual de cargas pesadas entre enfermería (29,1%) y otras profesiones asistenciales (26,3%); y los contactos eléctricos entre los trabajadores de mantenimiento (70,7%), otras profesiones asistenciales (22,2%) y enfermería (19%).

La percepción de este tipo de riesgos (golpes, caídas, sobreesfuerzos, etc.) se corresponde con los principales problemas de salud referidos por la población de este estudio, así como también con los datos brindados por las investigaciones internacionales (Assunção, 2011; OPS/OMS, 2012) que destacan a los accidentes y problemas osteomusculares como parte de los principales problemas de salud en este tipo de población.

Módulo IV: Relaciones intersubjetivas

En el presente módulo nos centraremos en las relaciones –los vínculos– que el trabajador establece con su trabajo, con los compañeros, con la organización y con los usuarios, así como también, con algunas de las expresiones del deterioro de estas relaciones. Como hemos discutido hasta aquí, el trabajo en salud, por su carácter interactivo, encuentra en lo vincular y la comunicación –verbal y no verbal– elementos centrales del proceso de trabajo (Merhy, 2006; Campos, 2006; Spinelli, 2010). O, como resume Campos "Hay un cruce de subjetividades en un contexto especial […] En el trabajo en salud siempre hay una subjetividad de otro directamente implicada"(Campos 2006, p.124). El tipo de relación que el trabajador de la salud establece con su trabajo, sus compañeros, sus superiores inmediatos, con los usuarios o con la organización en general, son aspectos fundamentales del análisis sobre la forma en que se produce salud en los hospitales públicos (Campos, 2009). Esta producción de salud, no solo atañe a los usuarios sino también a los trabajadores, para quienes el vínculo cotidiano puede ser generador de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de discriminación y maltrato.

Para acercarnos al desarrollo de las problemáticas antes mencionadas dividiremos el módulo en tres partes. La primera se enfocará en algunos elementos referidos a las relaciones en el interior de los equipos de trabajo, es decir, entre compañeros y superiores inmediatos, para lo cual se analizará la percepción de los trabajadores sobre diferentes aspectos de ayuda, apoyo, escucha, cooperación, competencia y solidaridad. También se indagará sobre el sentimiento de grupo en los trabajadores. En la segunda parte se incluirán variables referidas a la relación del trabajador con su trabajo. En este sentido se analizarán sentimientos de orgullo, utilidad, compromiso y reconocimiento, así como también, la forma en que los trabajadores hablan a otras personas sobre su trabajo. Por último, en la tercera parte, abordaremos diversas situaciones de violencias relacionadas con el trabajo (Passos de Oliveira, Oliveira Nunes,

2008), que se analizarán teniendo en cuenta la construcción histórica y social de las relaciones en el trabajo, así como el contexto en que se producen. Las relaciones de poder, la complejidad y urgencia que implica el trabajo en salud, así como las condiciones en las que se desarrolla, son algunas de las características a partir de las cuales buscamos contextualizar y problematizar esas situaciones de violencia.

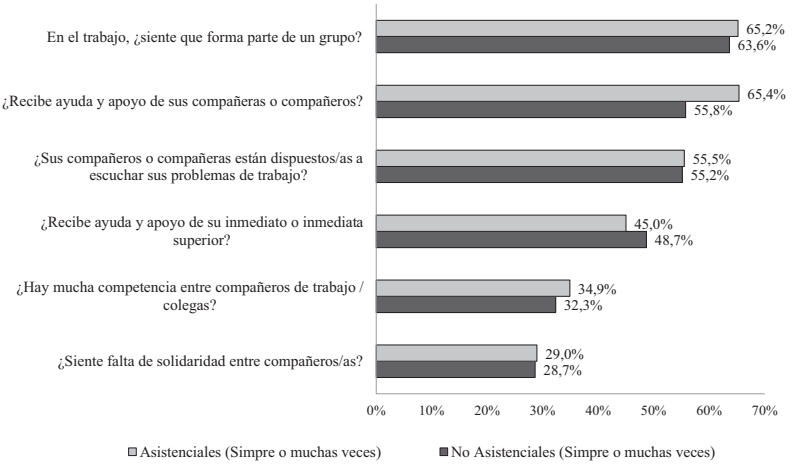
El análisis de las violencias se desarrollará así, desde un enfoque que pone en el centro de discusión la calidad de las relaciones en el trabajo y encuentra en el deterioro de las relaciones sociales su explicación (Pasos de Oliveira, Oliveira Nunes, 2008; Minayo, 2005). Este deterioro de las relaciones ocurre al decir de Ulloa (1995), como resultado del encuentro entre dos partes, y en ausencia de un tercero mediador –el Estado– , actor que juega un rol fundamental como garante de derechos de los usuarios y principal responsable de las condiciones de medio ambiente y trabajo en las instituciones.

Relación con compañeros, colegas, superiores y autoridades del hospital

A continuación se presentan los resultados referidos a diferentes aspectos que abordan las relaciones que establecen los trabajadores con sus pares, sus superiores y con el hospital como organización. En este sentido, la Figura 31 muestra la percepción de los trabajadores con tareas asistenciales y no asistenciales en relación con situaciones de apoyo, sentimiento de grupo, competencia y falta de solidaridad por parte de compañeros, colegas, y superiores. Los resultados presentados destacan la frecuencia con que los trabajadores respondieron "siempre o muchas veces" a las preguntas formuladas. Así, el 65,2% de los trabajadores con funciones asistenciales y el 63,6% de aquellos con tareas no asistenciales sienten que forman parte de un grupo, del mismo modo, el 65,4% y el 55,8% respectivamente refieren que reciben ayuda y apoyo por parte de sus compañeros (Figura 31). A su vez, se observa que tanto para los trabajadores asistenciales como para los no asistenciales, hay un mayor porcentaje que recibe ayuda y apoyo por parte de sus compañeros (61,0 %) que aquellos que la reciben de sus superiores inmediatos (44,7%) (Figura 31). A su vez, tanto para las ocupaciones asistenciales como para las no asistenciales, los porcentajes más bajos se observaron en relación con la percepción de competencia (34,1%) y falta de solidaridad entre compañeros y/o colegas (28,6%) (Figura 31).

A pesar de estas similitudes, se observaron algunas diferencias entre los trabajadores con funciones asistenciales y no asistenciales. En el caso de la ayuda y apoyo recibido por parte de sus compañeros, se observa en la Figura 31 un mayor porcentaje en los trabajadores asistenciales (65,4%), mientras que en relación con la ayuda y apoyo recibido por parte de sus superiores inmediatos el porcentaje es mayor entre los trabajadores no asistenciales (48,7%).

Figura 31. Porcentaje de trabajadores que perciben siempre o muchas veces diferentes aspectos de su relación con compañeros, colegas y superiores en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina. 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

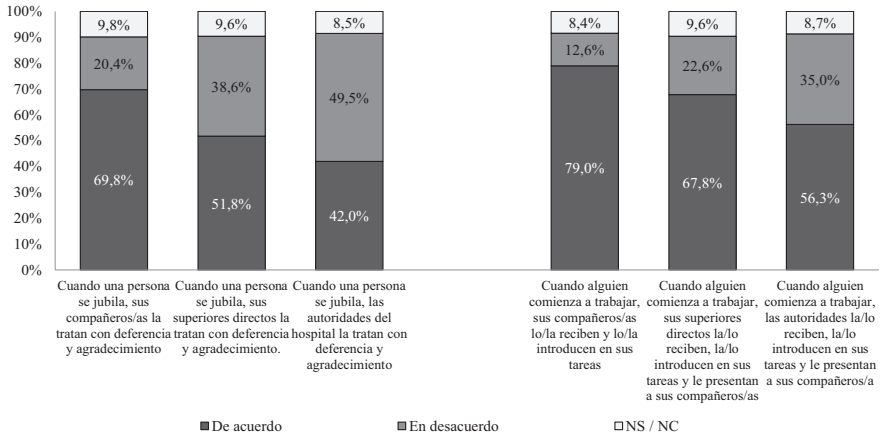
En concordancia con la discusión que se presenta en el módulo III referido al proceso de trabajo, los datos de la Figura 31 muestran la relevancia que tienen los compañeros en el trabajo cotidiano del hospital, situación que se complementa con el sentimiento de grupo experimentado por casi dos tercios de la población estudiada. En los datos antes presentados se destaca, la existencia de relaciones de cooperación entre compañeros, la cual constituye un valor central que permite la conducción del trabajo común (Osorio *et al.,* 2011). La relevancia de estos vínculos horizontales ha sido destacada por autores como Campos (2006; 2010), quien propone un método para el co-gobierno, centrado en los equipos de salud como unidad básica y democratizadora del trabajo en este tipo de organizaciones. En este sentido, las instituciones de salud tienen una doble finalidad, producir salud al mismo tiempo que producen la realización personal de sus trabajadores (Campos, 2006). El apoyo social en la vida profesional, proporciona al individuo sentimientos de afecto y seguridad a la vez que constituye un elemento positivo para modificar diversas manifestaciones de malestar en el trabajo como el estrés (OIT 1984; Kalimo, El-Batawi y Cooper, 1988).

Consideramos importante destacar el hecho de que, como se describió antes, un grupo no menor de trabajadores, asistenciales y no asistenciales, refirió la existencia de competencia y falta de solidaridad entre los compañeros y/o colegas de trabajo. Estas situaciones, más que resultar contradictorias con el apoyo y la cooperación

también descripto, estarían hablando de la complejidad y multiplicidad de los vínculos en el campo. La fragmentación existente en el núcleo operativo –por los saberes específicos– (Mintzberg, 2001), podría explicar la importancia de la ayuda y apoyo por parte de los compañeros para la realización del trabajo en salud, pero también los sentimientos de competencia y/o falta de solidaridad.

Para continuar profundizando en las relaciones con compañeros, con las autoridades y con la institución, quisimos indagar la forma que estos adoptan en dos momentos importantes de la vida de un trabajador. Así, la Figura 32 presenta la percepción de los trabajadores sobre el trato que recibe el personal al jubilarse o al comenzar a trabajar, por parte de diferentes actores institucionales. En ella se observa que el 69,8% de los trabajadores percibe que sus compañeros tratan con deferencia y agradecimiento a las personas cuando se jubilan, porcentaje mayor que el de los trabajadores que perciben que son sus superiores directos (51,8%) y las autoridades del hospital (42,0%) quienes lo hacen (Figura 32). Se observa una situación similar cuando alguien comienza a trabajar, donde el 79% de los trabajadores considera que sus compañeros los reciben e introducen en sus tareas (Figura 32).

Figura 32. Distribución porcentual de la percepción de cómo se reciben a las personas al comenzar a trabajar, o se los trata al momento de jubilarse en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

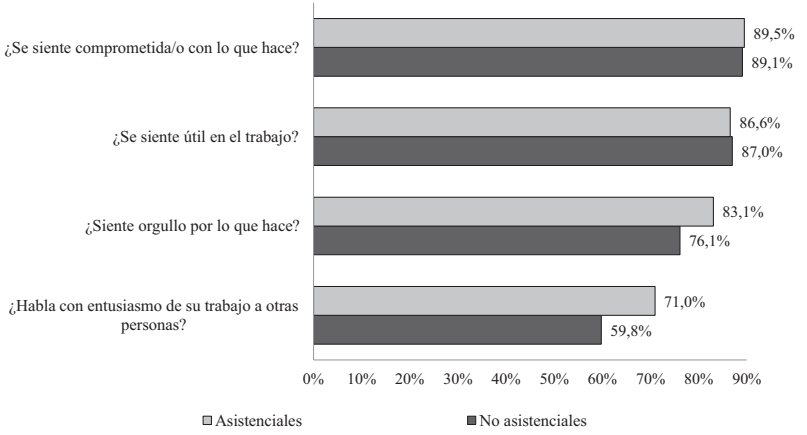
Los datos descriptos destacan la relevancia que tienen los compañeros con respecto a otros trabajadores en la construcción de pertenencia e identidad en los espacios de trabajo, esto podría contribuir no solo a mejorar la atención brindada a los pacientes,

sino también, actuar como un punto de apoyo de los equipos para superar las dificultades y exigencias derivadas del proceso de trabajo (Campos, 2006). Este tipo de vínculos podrían constituir, a su vez, un dispositivo no alienante que conecte los deseos de los trabajadores con su trabajo, con la historia de la organización (Spinelli, 2010), fortaleciendo cada vez más los niveles de compromiso (Campos, 2006).

Relación del trabajador con su trabajo

Además de las relaciones interpersonales –con compañeros y autoridades–, el presente trabajo indagó en torno al vínculo del trabajador con su trabajo. La Figura 33 muestra la frecuencia (siempre o muchas veces) con que los trabajadores refieren diferentes sentimientos producidos por el trabajo. En ella se destaca que alrededor del 80% se sienten útiles, orgullosos y comprometidos con lo que hacen (Figura 33). Las distribuciones de las respuestas tuvieron porcentuales similares entre los trabajadores que realizan tareas asistenciales y no asistenciales, a excepción del sentimiento de orgullo y el entusiasmo con el que hablan a otras personas de su trabajo, con un porcentaje de respuesta mayor para los trabajadores con funciones asistenciales o de cuidado directo de pacientes (Figura 33).

Figura 33. Porcentaje de trabajadores que perciben siempre o muchas veces diferentes sentimientos producidos por el trabajo en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



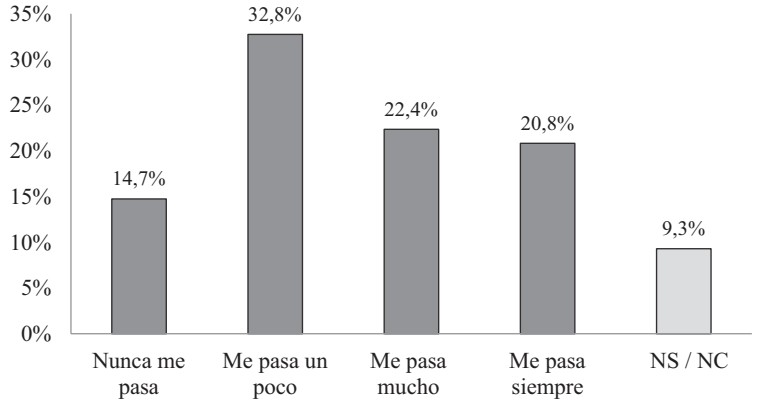
Fuente: Elaboración propia.

Campos (2006) destaca que llenar de sentido los actos, revalorizar el orgullo profesional por el esfuerzo realizado, se vuelve imprescindible para evitar la alienación del trabajo en salud como muestran las respuestas en este estudio. Es decir, "…cuando dejamos de preguntarnos para qué, cuando perdemos de vista el sentido de nuestro tra-

bajo… Es entonces que comenzamos a vivir nuestra propia muerte cotidiana" (Onocko, 2008, p. 111). Esta perspectiva supone revalorizar el trabajo y problematizar la relación con los usuarios, con "el imperativo de actuar siempre en defensa de la vida" (Campos, 2006, p. 116). Pero, la construcción de sentidos del trabajo, se encuentra fuertemente vinculada al sentimiento de estar realizando un trabajo de calidad, hecho que va más allá de la percepción individual, para formar parte de un proceso que involucra la mirada de los otros, es decir el reconocimiento por el trabajo realizado (Gollac, 2010).

En este sentido, la Figura 34 presenta la frecuencia de respuestas con que los trabajadores de la población estudiada perciben un reconocimiento escaso por su contribución al trabajo. En ella se destaca que el 76,0% de los trabajadores, de alguna manera –poco, mucho o siempre– percibe que "el reconocimiento por su contribución al trabajo ha sido siempre escaso"; mientras que el 14,7% refiere que nunca ha pasado por esta situación (Figura 34).

Figura 34. Distribución porcentual de la frecuencia con que se percibe un reconocimiento escaso por su contribución al trabajo en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Los datos antes presentados, nos permiten problematizar la complejidad del proceso de construcción de sentidos en torno al trabajo. Campos (2006) resume este reconocimiento del resultado de su trabajo –tanto por parte del trabajador como del paciente y la sociedad–, con el concepto de Obra, equiparable a lo que Pichon-Rivière llamó "tarea" (1997). En este sentido, "la Obra se realiza solo cuando las personas consiguen elevarse a la condición de sujetos habilitados para lidiar con la insatisfacción del

contexto para que a partir de esos límites, impuestos por la realidad, puedan construir algo de lo que se enorgullezcan" (Campos, 2006, p. 109). Así, el reconocimiento y la realización, son construcciones complejas que van más allá del hecho de sentirse orgullosos por lo que hacen, de sentir que lo que hacen es útil. Estas construcciones, en el caso de los trabajadores de hospitales públicos se derivan también de las recompensas financieras que reciben como compensación por su trabajo (Campos, 2006), la organización del trabajo, su intensidad, en síntesis, por sus condiciones de trabajo y empleo.

Lo presentado hasta aquí nos permite repensar el modo en que las relaciones puestas en juego en el trabajo pueden ser generadoras de cooperación, sentimientos de compromiso, pertenencia y orgullo por el trabajo realizado, así como también pueden producir falta de solidaridad, sentimientos de malestar y escaso reconocimiento en el trabajador. En este análisis, resulta necesario rescatar el contexto en que estas relaciones se producen, que en el caso que nos ocupa es la organización hospitalaria. "La organización o establecimiento produce activa y estructuralmente dominación, alienación y control. […] Esa producción instituida en una dirección, puede y debe ser estimulada para producir otros sentidos: creación, solidaridad, amistad, etc." (Onocko, 2008, p. 113). Así, los vínculos en el trabajo precisan ser analizados de manera dialéctica, en su relación con el contexto en que se producen, un contexto en el que los trabajadores son a la vez productores y reproductores.

Es también dentro de este marco, que proponemos analizar las violencias relacionadas con el trabajo, como una forma en la que se expresa el deterioro de los vínculos. Vínculos que están determinados por la estructura social, la organización hospitalaria, las condiciones de trabajo y empleo, así como por la complejidad de trabajar con la incertidumbre, con la vida, la muerte y el compromiso de los trabajadores. El deterioro de las relaciones tiene diferentes expresiones, en el caso de los vínculos entre compañeros puede manifestarse en la pérdida de identidad de los equipos de trabajo y, en el caso del vínculo con el trabajo, puede resultar en la alienación de los trabajadores, al perder el sentido y significado de lo que hacen (Campos, 2006). Estas situaciones podrían ser el punto de partida para analizar diferentes expresiones de las violencias como las agresiones físicas, el acoso psicológico y sexual o la discriminación en el trabajo.

Violencia relacionada al trabajo

En esta parte se presenta el análisis de las variables discriminación, acoso psicológico, sexual y agresiones físicas en los trabajadores de la población estudiada. En relación con la discriminación, se preguntó: "En los últimos 12 meses, en su trabajo ¿usted ha vivido alguna situación de discriminación por su edad, por su nacionalidad, por su sexualidad, por su etnia o color de piel, por una minusvalía, por su orientación sexual, su orientación ideológica y su religión?". La Tabla 17 muestra la distribución de respuestas afirmativas y negativas a la pregunta anterior, para cada tipo de

discriminación indagada. Cabe destacar que el porcentaje de trabajadores que vivió alguna situación de discriminación no superó el 9%. Así, entre las categorías con los porcentajes más altos de discriminación vivida por los trabajadores se encuentran la edad (8,5%) y la orientación ideológica (7,8%) (Tabla 17). No obstante, al realizar el análisis por categoría ocupacional se observó puntualmente, que los trabajadores de enfermería refirieron en mayor porcentaje (13,8%) que el resto de los trabajadores haber vivido una situación de discriminación por su edad.

Tabla 17. Situaciones de discriminación vividas en el último año por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Tipo de discriminación	Sí (%)	No (%)	NS / NC
Por su edad	8,5%	83,1%	8,4%
Por su orientación ideológica	7,8%	83,2%	9,0%
Sexual	3,8%	86,4%	9,8%
Por etnia o color de piel	3,7%	86,6%	9,7%
Por su nacionalidad	2,9%	87,5%	9,6%
Por minusvalía	2,8%	87,3%	9,9%
Por su religión	2,4%*	88,4%	9,2%
Por su orientación sexual	2,0%	88,0%	10,0%

Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
* Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

Al indagar específicamente sobre situaciones de acoso psicológico, los trabajadores refirieron que al menos una vez[15] han experimentado las siguientes situaciones: "no se le habla o se les dificulta a sus compañeros que hablen con usted" (34%); "recibe amenazas (escritas, gestuales, etc.)" (21,8%); "no se le asignan tareas" (17,1%); y/o "se le asignan tareas humillantes" (9,8%). Al preguntar "¿Qué persona/s se comportó/aron de esa manera?", los trabajadores señalaron, en mayor porcentaje, a sus compañeros de trabajo (17,7%), superiores o jefes (15,1%), pacientes o familiares (9,7%) y subordinados (2,8%) en alguna de las situaciones antes mencionadas. El análisis por categoría ocupacional mostró que los técnicos de laboratorio (35,3%), y los licenciados en enfermería (27,4%) fueron quienes señalaron, en mayor porcentaje, a sus compañeros como las personas que se comportaron de esa manera, mientras que los auxiliares de enfermería (17,2%) y los médicos (15,3%) fueron quienes destacaron en mayor porcentaje a los pacientes y familiares.

15 - Las opciones de respuesta "siempre", "muchas veces", "algunas veces" y "solo alguna vez", fueron agrupadas en la categoría "al menos una vez" por cuestiones metodológicas.

En relación con situaciones de acoso sexual se preguntó: "En los últimos 12 meses en su trabajo ¿alguien que conozca o usted ha sido objeto de acoso sexual por parte de compañeros o superiores?", a lo cual el 4,1% de los trabajadores reconoció que sí.

Respecto de la vivencia de agresiones físicas, se preguntó: "En los últimos 12 meses en su trabajo ¿alguien que conozca o usted ha sido víctima de agresión física?", ante lo cual el 26,7% de los trabajadores respondieron que sí. Al relacionar esta pregunta con la ocupación, se observa que los médicos (40,4%) fueron quienes respondieron afirmativamente en mayor porcentaje en comparación con el resto de las ocupaciones. Al indagar sobre "¿quién produjo la agresión?", los trabajadores responsabilizaron en el 62,9% de los casos a pacientes y familiares, y en el 18,4% a los compañeros de trabajo.

Nos parece importante destacar que, a pesar de no ser elevados los porcentajes de violencia observados en la población de este estudio, la problemática resulta susceptible de debate y problematización dada su relevancia social. La violencia es un tema que se incluyó en la agenda sanitaria en las últimas décadas. Antes, sus consideraciones estaban volcadas al campo social y político (Minayo, 2005). En la bibliografía encontramos el estudio ya citado (OPS/OMS 2012) que registró para la Argentina el 24% de los médicos y el 19% de los enfermeros que referían alguna situación de violencia física en el último año, mientras que para Brasil fue de 16% y 18% respectivamente.

Consideramos que el fenómeno de la violencia es un tema complejo. En este análisis se pretende alejarse de categorizaciones cerradas como *mobbing*, que tienden a producir una clausura simbólica y psicologizante que victimiza al trabajador. Nos parece relevante contextualizar el fenómeno e intentar discutirlo sobre la base de las relaciones sociales en las que se produce. Como refiere Minayo "Lo contrario de la violencia no es la no-violencia, sino la ciudadanía y la valoración de la vida humana en general y de cada individuo en el contexto de su grupo"(2005, p. 77). Es sobre este fundamento que nos interesa recuperar el concepto de ciudadanía, como base para pensar los derechos de usuarios y trabajadores; derechos a una atención de salud, a condiciones de vida adecuadas, a participar y a trabajar en condiciones dignas. Hablar de trabajo y de derechos, nos lleva a salir de la lógica de víctimas y victimarios cuando hablamos de las violencias.

Campos (2006), plantea la necesidad de recuperar las prácticas en salud basadas en el vínculo con los usuarios y entre los trabajadores, esto es imprescindible para lograr una autonomía responsable. A su vez, la autonomía responsable solo ocurrirá si los trabajadores tienen interés y compromiso por involucrarse en una determinada tarea (Campos, 2006). Es un desafío en el campo de la salud recobrar la centralidad de la tarea en equipo, recuperar el sentido del trabajo y su dimensión cuidadora, así como también el compromiso de los trabajadores en la construcción de una nueva institucionalidad, una nueva forma de pensar y vivir el trabajo

Módulo V: Estructura organizacional

El presente módulo tiene como propósito adentrarnos en la problematización del hospital como organización, sobre la base de las particularidades de su estructura organizativa y de su funcionamiento. En este sentido, profundizaremos en diferentes aspectos de la organización como el proyecto institucional y las relaciones institucionales, para lo cual se indagará en la descripción y percepción de los trabajadores sobre la calidad de los servicios que presta el hospital, la familiarización con la historia de la institución, la existencia de mística, la forma en que los trabajadores participan de la planificación de las tareas y las formas de supervisión y control. Pretendemos analizar estas variables, tomando como base la comprensión del hospital como una Burocracia Profesional (Mintzberg, 2001), concepto que permite pensar las particularidades de la institución hospitalaria en términos de profesionalización y autonomía. Por último, se consideraran algunas variables que hacen a la gestión de la prevención de riesgos en el trabajo, las acciones de prevención existentes en el hospital, el papel de las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo y la vigilancia de la salud de los trabajadores.

El proyecto institucional

Para adentrarnos en la comprensión del proyecto institucional, se indagó en la descripción de los servicios que presta el hospital, así como en la calidad de estos, siempre desde la mirada de los trabajadores. Así, en un primer momento se solicitó al trabajador que "describa brevemente cuál es la actividad principal que realiza el hospital", pregunta que tuvo un carácter abierto. La mayor parte de las respuestas de los trabajadores al interrogante planteado estuvieron orientadas a definir la actividad principal del hospital en que trabajan en términos de: atención de pacientes, diagnóstico y cura de la enfermedad, y, en menor medida, en términos de cuidado y promoción de la salud de la comunidad, y también de trabajo en docencia. A su vez, al describir la actividad principal, algunos trabajadores hicieron hincapié en las características del hospital como servicio público: su universalidad, gratuidad y accesibilidad. Por último, muchos trabajadores describieron la actividad principal del hospital haciendo referencia a su tarea cotidiana como trabajador, o bien describiendo los servicios de los cuales forman parte. En las respuestas más recurrentes, referidas a la atención de pacientes o a la cura de la enfermedad, se puede percibir un enfoque de trabajo centrado en la demanda y la atención de usuarios -fundamentalmente enfermos- puertas adentro del hospital.

> *Atención al paciente en consultorio, internación, guardia permanente y atención en todas las prácticas que solicite el paciente* (administrativa, 64 años).
> *Asistencial, falta APS* (atención primaria de la salud)*, se atiende a la*

persona que está enferma (enfermero, 51 años).
Atención y orientación de pacientes que no son crónicos y se derivan de la misma a otras instituciones. Resolución de sus problemas (trabajadora social, 50 años).
La actividad principal es asistencial clínica y quirúrgica (médico, 59 años).
Ninguna en especial (según mi juicio), atención de ambulatorios e internados es igual (administrativa, 53 años).
Atención de patologías agudas (médica, 60 años).
La actividad es atender politraumatismos, operaciones quirúrgicas, y todas las patologías que se presenten, consultorios externos, infectología, hospital de día, maternidad, etc. (enfermera, 64 años).
Curar y atender a la gente (administrativo, 46 años).
Curan a los pacientes, salvan vidas; la gente viene a controlarse… (mucama, 53 años).
Curación, control y seguimiento de pacientes quemados (enfermera, 56 años).

No obstante, encontramos que algunos trabajadores definieron la principal actividad del hospital de manera más integral, pensando más allá de los límites del mismo. Este enfoque estuvo orientado al cuidado, prevención y promoción de la salud de la población. En este sentido, algunos trabajadores manifestaron:

Atención de los pacientes en todo su estado de salud: enfermedad, rehabilitación, etc. (enfermera, 56 años).
Atención y prevención de la salud para la población (administrativo, 32 años).
Cuidados generales de la salud de los ciudadanos (técnico en hemoterapia, 47 años).
Fomentar la salud (administrativo, 52 años).
Prevención de la salud y promoción (enfermera, 31 años).
Proteger la salud de los habitantes de la ciudad… (enfermera, 56 años).

Desde otra perspectiva, algunos trabajadores rescataron la gratuidad y accesibilidad de la atención brindada por el hospital, estas opiniones estuvieron orientadas a caracterizar dicha actividad, más que a definirla.

La atención al público de forma gratuita (trabajador de mantenimiento, 42 años).
Asistencia a todas las personas que lo requieran (auxiliar de hemoterapia, 43 años).
Atención general a todo paciente que ingresa al hospital sin discriminar si pertenece o no a su área programática (enfermera, 52 años).
Es un hospital zonal, y vienen pacientes de muchos lados. Es un hospital escuela (administrativa, 37 años).

Por último, otros trabajadores destacaron algunas funciones específicas que realizan los hospitales públicos, tal como las actividades de docencia. Algunas opiniones que muestran lo antedicho son:

> […] *unidad docente hospitalaria* (médica, 36 años).
> […] *actividad docente para la UBA*[16] (médico, 57 años).

En otros casos, la actividad principal del hospital fue descripta en términos específicos, como un fragmento de lo que se realiza en la institución como un todo. Así, las definiciones adoptaron el punto de vista desde la tarea individual y/o desde la descripción de los servicios y especialidades que funcionan en el hospital y que conforman parte de su cotidiano.

> *Realización de análisis clínicos de guardia* (técnica de laboratorio, 50 años).
> *Contribuye a la preparación de ropa para su esterilidad* (trabajador de lavandería, 48 años).
> *Auditoría médica, facturación* (médica, 58 años).
> *Soy auxiliar de enfermería y hago trabajo general* (enfermera, 58 años).
> *Bioquímica de planta* (bioquímica, 53 años).
> *Dirección médica, coordinación con jefaturas de servicios* (médico, 60 años).
> *Soy asesora del director ejecutivo, y además estoy al frente de la oficina del personal* (administrativa, 63 años).
> *Hospital de agudos con mediana complejidad, internación, clínica médica y quirúrgica, UTI* (unidad de terapia intensiva), *maternidad, consultorios, especialidades, guardia de adultos, pediatría, demanda espontánea de pediatría* (enfermera, 58 años).

Un modo de identificar la actividad fundamental del hospital fue con relación a las tareas de asistencia de pacientes y/o cura de la enfermedad. Esta concepción clásica del hospital, entendido como un instrumento terapéutico (Foucault, 1978), tiene su origen en la Europa de fines del siglo XVIII, momento en que comienza a construirse una noción de hospital como un dispositivo de intervención en la enfermedad, capaz por sí mismo o por algunos de sus efectos, de curar al enfermo (Foucault, 1978). Esto significó, más adelante, la introducción de una medicina hospitalaria (Flexner, 1910; Berliner, 1975), con una fuerza tal que se ha sostenido hasta la actualidad, concepción a su vez ligada a una definición históricamente construida de la salud en tanto ausencia de enfermedad, y que ha devenido tradicional en las formas de pensar y actuar en el campo (Almeida Filho, 2011).

Resulta necesario volver a destacar que en lo expresado por los trabajadores subyace un modelo de atención centrado en la demanda, más que en las necesidad

16 - Universidad de Buenos Aires

de de los usuarios de los servicios de salud (Paim, 2008). Lo anterior se percibe en el hecho de que los trabajadores hacen hincapié en la atención de los pacientes que llegan a la institución hospitalaria para solicitar determinados servicios, más que en el trabajo de detectar las necesidades del territorio, y proyectar acciones para trabajar sobre ellas. Esto, como se verá en otros momentos del presente libro, a nuestra manera de ver no debe quedarse en el plano de las percepciones individuales, sino que es necesario contextualizarlo, es decir tener en cuenta la forma en que este tipo de modelo forma parte de una construcción histórica (Flexner, 1910; Berliner, 1975; Menéndez, 2005).

El hospital como instancia autosuficiente, relativamente cerrada, y el modelo de atención centrado en la demanda constituyen nociones de necesaria relectura a la hora de pensar la salud. En este sentido, resulta relevante la superación de la noción de pacientes y enfermos para comenzar a pensar en términos de ciudadanos. La idea de ciudadanía comprende un concepto que propone una igualdad garantizada por la idea de derechos (Fleury, 2008).

Por último, al analizar las afirmaciones antes descriptas se percibe una suerte de fragmentación entre la tarea cotidiana de un servicio y la actividad esencial del hospital. A estas subyacen posturas con un matiz determinista. Existe una imagen de la acción organizada en una institución que sobredimensiona la racionalidad del funcionamiento; comparable a un conjunto de engranajes que se ensamblan de manera mecánica. Pero esos engranajes son sujetos cuyos comportamientos son mucho más complejos, y están lejos de una coordinación mecánica (Crozier, Friedberg, 1990).

En el sentido de seguir profundizando en la relación existente entre el trabajador, su práctica cotidiana y el proyecto institucional, se solicitó en la encuesta que "describa brevemente cómo su trabajo contribuye a la actividad principal que realiza el hospital", pregunta que también tuvo un carácter abierto y cualitativo. En términos generales los trabajadores describieron dicha contribución como parte de un equipo que lleva adelante la actividad principal del hospital. Resulta destacable que algunos trabajadores consideraron que su aporte era nulo.

Las respuestas de los trabajadores resaltan que su actividad constituye una parte de un todo más amplio, compuesto por varias actividades que se suman o complementan. Algunas afirmaciones que muestran esta perspectiva son:

> *Arreglo máquinas para el correcto funcionamiento de los servicios* (trabajador de mantenimiento, 58 años).
> *Con el diagnóstico microbiológico oriento al médico a elegir un tratamiento para las infecciones de los pacientes. Ayuda a evitar la propagación de gérmenes sugiriendo el aislamiento de los mismos* (bioquímica, 47 años).

> [Mi trabajo] *contribuye en el abastecimiento del hospital, y el cumplimiento con los proveedores* (administrativa, 49 años).
> *Mi trabajo contribuye a la realización de las operaciones quirúrgicas que se le practican al paciente* (instrumentadora quirúrgica, 50 años).
> *Cumplir con mi tarea dentro del grupo de trabajo* (técnico de laboratorio, 56 años).
> *La docencia enriquece la actividad del médico* (médico, 55 años).

Otras formas de expresar esta idea del todo y las partes, es el hecho de pensarse como integrantes de un equipo que lleva adelante su tarea. Estas posturas tienen la particularidad de aludir a la idea de pequeñas redes en el interior de los servicios y entre ellos.

> *Coordinando los distintos sectores de enfermería* (enfermera, 57 años).
> *Contribuyo formando parte del grupo de atención al paciente* (enfermera, 43 años).
> *Se trabaja interdisciplinariamente con todas las necesidades de todas las áreas del hospital y consultorios externos e internación* (trabajadora social, 50 años).
> G*enerando espacios de reflexión, ofreciendo pausas en el vértigo de la urgencia, ofreciendo actitud continente* (psicólogo, 51 años).

También fue resaltada la importancia de la formación personal y se destacó la contribución de sus conocimientos al desarrollo de la actividad principal que realiza el hospital. En estas afirmaciones, los trabajadores vuelven a poner el eje en el lugar que el saber profesional –también entendido como saber técnico (Testa, 1997b)– ocupa en estas instituciones.

> *Contribuir con los conocimientos adquiridos en mi profesión para la mejor atención del paciente* (enfermera, 52 años).
> *Con los conocimientos del trabajo social* (trabajadora social, 53 años).
> [Contribuye]... *aportando mis conocimientos y energía* (médica, 31 años).

Por último, cabe destacar que fueron pocos los trabajadores que refirieron sentir que su trabajo no contribuye a la actividad principal que realiza el hospital –los cuales,– en general, pertenecen al "*staff* de apoyo" –una de las cinco partes en las que Mintzberg (2001) divide a cualquier organización. Así, algunos expresaron que su tarea no tiene importancia o incidencia en la actividad esencial de la institución, mientras que otros consideraron que la organización lo impide.

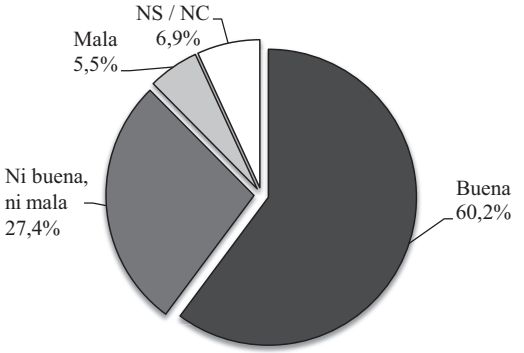
> [No contribuye] *en nada* (médico, 58 años).
> *No considero que sea mi tarea muy importante pero aporta. Soy administrativo de oncología* (administrativo, 34 años).
> *No tiene incidencia en la atención de los pacientes* (administrativa, 50 años).
> *Ninguna, no me lo permiten en la organización hospitalaria* (administrativa, 56 años).

Como se ha visto hasta aquí, los trabajadores de la salud explicaron desde diversas perspectivas cómo su función contribuye a la actividad principal del hospital donde trabajan. Estas perspectivas pueden sintetizarse como contribuciones individuales o en equipo al conjunto de la organización, o bien como trabajo disociado de ella. Esto podría dar cuenta de la coexistencia de varios hospitales dentro de cada hospital, en tanto cada trabajador tiene una determinada imagen en su cabeza sobre la forma en que se estructura la institución y, a partir de esa imagen se proyecta en su trabajo cotidiano. Esta idea de "imagen del hospital" será retomada más adelante.

Volviendo al eje central de las respuestas antes analizadas, que hacen referencia a la actividad principal del hospital, queremos destacar otras cuestiones que nos parecen relevantes, lo antes descripto estaría dando cuenta de la existencia de una fragmentación de visiones y prácticas en el interior de la institución, fundada entre otras cosas por el saber especializado. Esta fragmentación y especialización, podría disminuir la eficacia de las prácticas al organizar procesos de intervención más largos, al involucrar más cantidad de especialistas, al elevar los costos y al aumentar las restricciones y malestar de los pacientes (Campos, 2006).

Para explorar la percepción de los trabajadores acerca de los servicios que presta la institución, se preguntó: "En su opinión, ¿cómo cree que es la calidad de la mayoría de los servicios prestados a la población por este hospital?", el 60,2% de los trabajadores consideró que es buena (Figura 35).

Figura 35. Percepción en los trabajadores de la calidad de los servicios prestados en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

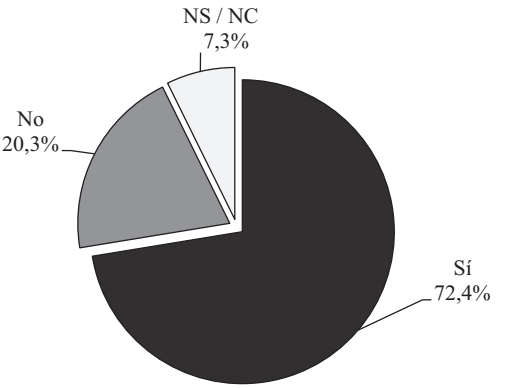


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Para continuar indagando en la relación de los trabajadores y el proyecto institucional, se buscó relevar el conocimiento que la población estudiada tiene sobre la historia, la misión y los objetivos de la institución. En este sentido, se preguntó al trabajador si "está familiarizado con la historia de su hospital (época de fundación, acontecimientos históricos, fechas importantes, etc.)", y si "conoce la misión y objetivos de trabajo del hospital en el que trabaja".

En la Figura 36 se observa que más de dos tercios de los trabajadores (72,4%) manifestaron conocer la misión y objetivos del hospital. Desagregadas por ocupación, las respuestas de quienes conocían la misión y objetivos de la institución tuvo una mayor proporción entre los profesionales no asistenciales (78,9%) que entre los administrativos (76,9%) y los médicos (75,2%). La pregunta que uno puede hacerse aquí es: ¿esa misión que los trabajadores dicen conocer se relaciona con la misión que el hospital tiene o debería tener? Y nuestra respuesta –en función de las actividades docentes que realizamos sobre el tema de gestión en instituciones hospitalarias– es que no hay tal relación y que esos trabajadores asignan una misión producto de lo que ellos consideran como tal, situación que no hace más que expresar los niveles de autonomía del núcleo operativo de una Burocracia Profesional (Mintzberg, 2001).

Figura 36. Conocimiento de la misión y objetivos del hospital, en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

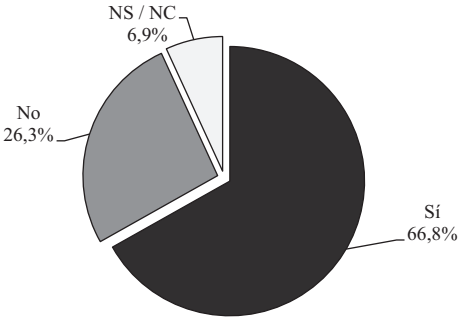


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Por su parte, la Figura 37 muestra que dos tercios de los trabajadores (66,8%) manifiestan estar familiarizados con la historia del hospital. En este punto, queda el interrogante sobre a cuál historia están haciendo referencia, dado que no existe en general una historia "oficial" y sí múltiples relatos que no siempre coinciden –y que

a veces se superponen– referidos a actores, hechos y tiempos, como también puntos ciegos cuyas referencias históricas se han perdido.

Figura 37. Conocimiento de la historia del hospital, en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



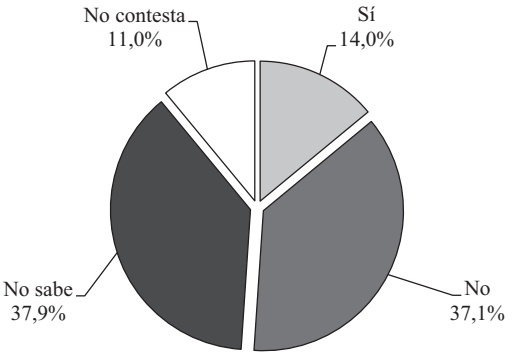
Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

El vínculo del individuo con el proyecto de la institución a la que pertenece precisa de una indagación ampliada de las prácticas y conocimientos. Necesita inscribirse en las dimensiones simbólicas, que den cuenta de los "por qué" y los "para qué" (Guiddens, 1987). Esas narraciones en las que los trabajadores reflejan su identidad deben tener una mística donde respaldarse (valores, mitos, tradiciones, leyendas, es decir, diversas formas de identificación), dimensión en la cual el sujeto encuentra sentido y trascendencia grupal y temporal a su trabajo (Spinelli, 2010; Mintzberg, Quinn, 1993). Así, se realizó a los trabajadores de la población estudiada la siguiente pregunta: "¿Usted considera que en este hospital los trabajadores poseen mística?". La Figura 38 muestra que el 14,0% de los trabajadores reconocen que existe mística, el 37,1% que no y el 37,9% que no sabe. A su vez, al analizar esta pregunta según categoría ocupacional observamos que el 16,0% de los trabajadores con tareas de cuidado directo o asistenciales[17],y un 10,4% del personal con tareas de cuidado indirecto o no asistenciales[18] consideran que los trabajadores del hospital poseen mística con relación a su trabajo en esa institución.

17 - Incluyen mucamas, técnicos de laboratorio, técnicos de radiología, auxiliares de enfermería, licenciados en enfermería, trabajadores y/o asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, anestesistas, psicólogos, odontólogos, médicos y otras profesiones asistenciales.

18 - Incluye administrativos, conductores de ambulancia, personal de seguridad, personal de mantenimiento, personal de limpieza, personal de lavandería, personal de cocina y otras profesiones no asistenciales.

Figura 38. Percepción de los trabajadores acerca de la existencia de mística en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Así, apenas un 14,0% de los trabajadores reconoce que existe mística. Cuando la mística era identificada, las definiciones remitieron al compromiso, al sentimiento de pertenencia y orgullo, al vínculo con la historia del barrio, o del hospital; en resumen, a la construcción de una dimensión simbólica alrededor de la institución en la que trabajan.

Así, algunas de las respuestas que hicieron referencia a las narrativas sobre el hospital, el barrio y la relación con su historia, las luchas y las resistencias que atravesaron para defender la salud pública son las siguientes:

> *Categorizar las relaciones interpersonales. Amor incondicional al hospital. Sentimiento de pertenencia en alto grado* (médico, 56 años).
> *Pasión* (administrativa, 61 años).
> *En general, el personal está orgulloso de pertenecer a este hospital y siente al mismo como su hogar* (médica, 56 años).
> *En su gran mayoría, tienen "puesta la camiseta" del hospital* (kinesiólogo, 63 años).
> *Que* [el hospital] *es "el Evita" y que es "nuestro" hospital* (bioquímica, 42 años).
> *El hospital pasó por varios momentos difíciles (inundaciones) y el personal lo mantuvo en funcionamiento siempre* (médica, 56 años).
> *El recuerdo de generaciones de enfermeros pasados; con motivo de eso se está haciendo un libro con las anécdotas, cosas que pasaron, que habitaban fantasmas en el quirófano, etc.* (enfermera, 56 años).
> *El sentido de pertenencia al centro asistencial por* [su] *Historia* (médico, 54 años).

> *Este hospital formó parte de la resistencia de la dictadura de 1955 y 1976, algo queda* (médico, 64 años).
> *La historia de los trabajadores está abonada por la defensa de lo público. Esa mística se mantiene* (enfermero, 57 años).
> *La historia del hospital se estrecha con la historia de Avellaneda* (bioquímico, 58 años).
> *La mayoría* [de los] *que trabajamos estamos desde que se inauguró el hospital* (enfermero, 58 años).
> *La mudanza al nuevo edificio produjo una sensibilización importante hacia el viejo hospital y valoración por su historia* (técnica de hemoterapia e inmunohematología, 51 años).
> *Los médicos que hace años que trabajamos en el hospital estamos comprometidos con el trabajo y valoramos el esfuerzo que hemos realizado por años a pesar de situaciones de falta de insumos y situaciones de conflictos donde hemos estado unidos* (médica, 60 años).

Otras declaraciones caracterizan a la mística como el reconocimiento que tiene el hospital, su calidad y prestigio. Aparecen, en estas afirmaciones, la mirada de los usuarios y el esfuerzo de los trabajadores.

> *Es un hospital muy querido por los pacientes incluso de hogares alejados, sigue conservando algo de su prestigio* (médica, 45 años).
> *El esfuerzo que realizan los trabajadores para que la atención sea de muy buena calidad más allá de los faltantes y los salarios* (enfermero, 56 años).

En las respuestas de los trabajadores acerca de la caracterización de la mística en el hospital, resulta destacable la inclusión de los usuarios y la estrecha relación de la historia del hospital con la del barrio en el que se ubica. Los usuarios son parte también de las narrativas que sostienen las acciones cotidianas, de ahí que en un intento de traer su mirada a nuestro análisis, se preguntó "¿Qué relatos escucha sobre este hospital?". El 24,8% de los trabajadores de la salud escucha relatos "negativos", un porcentaje similar escucha relatos "cálidos" (24,5%) y "optimistas" (23,5%), mientras que el 18,8% no escucha relatos y el 8,9% no contestó.

Las consideraciones de los trabajadores presentadas anteriormente ponen de manifiesto la importancia que tiene en este tipo de organizaciones la dimensión simbólica como sustento de las prácticas cotidianas. Esas narrativas y sentidos están anclados firmemente en la historia, al mismo tiempo que la construyen (los porqué y los para qué). La dialéctica entre el pasado y el futuro, entre la historia y el proyecto, adquiere una connotación particular en el análisis de la forma en que los trabajadores recuperan en el presente el sentido de sus prácticas (Testa, 1997b). Para el caso de nuestra población de estudio, se intentó explorar ese sentido mediante el concepto de mística, entendida como aquellos valores, mitos, tradiciones y sentimientos (Spinelli, 2010) en los cuales el sujeto se apoya para darle trascendencia a su trabajo.

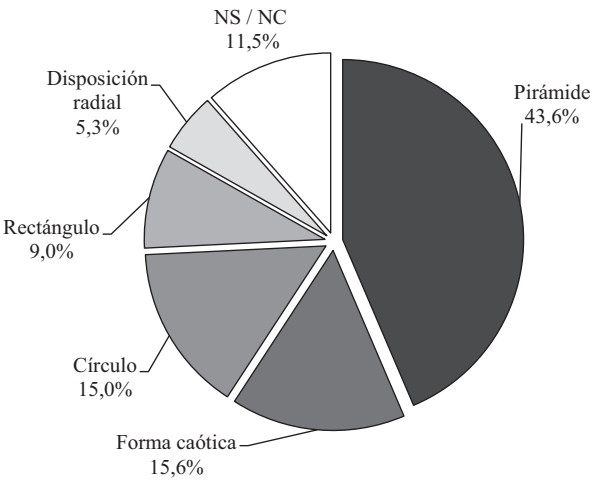
Estos valores, a su vez son sostenidos por las narrativas que transmiten la historia de la institución, sus luchas y sus compromisos con la comunidad, y estas narrativas fortalecen la mística en el interior de los grupos, al cambiar la lógica de "aceptar" el trabajo, por "creer" en el trabajo (Spinelli, 2012). Resulta preocupante entonces, que a pesar de que el 66,8% de los trabajadores conoce la historia del hospital, solo el 14,0% reconoció la existencia de mística. Y ante este contraste nos preguntamos ¿qué nos dicen estos hallazgos sobre la realidad de los hospitales públicos? ¿qué sostiene a los trabajadores frente al dolor, la muerte y el sufrimiento al que se enfrentan en el trabajo cotidiano? No es nuestra intención responder a estas preguntas, pero un paso importante podría ser pensar en la finalidad de este tipo de instituciones. Al decir de Testa estas organizaciones precisan, para ser algo más que productoras de bienes y servicios necesarios para satisfacer necesidades, "pensar en cómo –y no solo en qué– hacer para construir su propia alma, que es también la de sus trabajadores" (Testa, 1997b, p.25).

Las formas organizativas y su funcionamiento

Una vez presentados los principales hallazgos del presente estudio en torno a aspectos centrales del proyecto institucional, nos proponemos adentrarnos en otras dimensiones que nos permiten pensar la estructura organizativa y el funcionamiento en el interior de los hospitales. Para ello, se analizarán variables referidas a la imagen que tienen los trabajadores sobre la organización, la forma en que estos participan de la planificación de las tareas, así como las formas de supervisión y control. Resulta necesario aclarar que los datos presentados a continuación no pretenden agotar el tema, sino aportar a la discusión sobre la organización hospitalaria, en general, y del conurbano bonaerense, en particular.

Para retomar la imagen como forma de condensación simbólica de las percepciones y vivencias que tienen los trabajadores sobre su organización, se les pidió relacionar la estructura organizacional del hospital con una figura geométrica. Ante la pregunta: "Si pudiera representar gráficamente con una forma geométrica la organización de su institución/servicio, ¿qué figura utilizaría?", el 43,6% la representó con una pirámide, y el 15,6% de forma caótica (Figura 39).

Figura 39. Distribución porcentual de la representación gráfica utilizada por los trabajadores de la organización de su institución en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

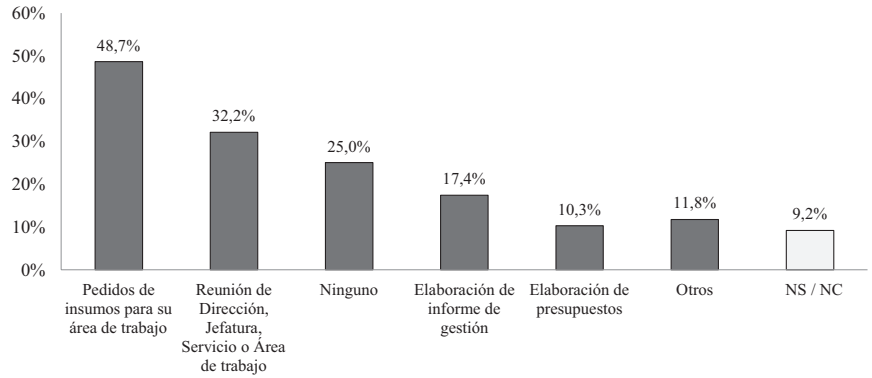


Fuente: Elaboración propia.
NS / NS= No sabe / No contesta.

La figura piramidal fue elegida mayoritariamente por los trabajadores de todas las ocupaciones analizadas. Mintzberg (2001) describe a la organización hospital como una Burocracia Profesional –casi una pirámide invertida– con el poder concentrado en la base (Mintzberg, 2001). El hecho de que la mayoría de los trabajadores la hayan representado como una pirámide, figura generalmente asociada a un tipo de organización industrial, donde rigen lógicas con el poder concentrado en la cúpula que posee a la vez un control cuasi total sobre la base, señala el desconocimiento del "campo de juego". Este desconocimiento se relaciona con muchas situaciones de "malestares" institucionales. Los trabajadores con mayor porcentaje de representación de la figura piramidal, fueron los médicos, quienes sin dudas constituyen la parte fundamental del núcleo operativo –de la Burocracia Profesional– el cual se caracteriza por una gran concentración de poder otorgado por la autonomía que les da a los profesionales su saber especializado (Mintzberg, 2001). Sin embargo, en la pregunta anterior se observa que los trabajadores piensan en una organización vertical donde las órdenes surgen en el vértice y se cumplen en la base. A nuestro entender, esto estaría reflejando una lógica normativa de pensamiento en estos trabajadores, que contrasta con la elevada autonomía que tienen en sus prácticas cotidianas (Mintzberg, 2001). No piensan en el campo de juego donde juegan todos los días. O, peor aún, lo piensan al revés de lo que es, lo cual puede explicar también las referencias al caos con que un 15,6% lo relacionó.

Para continuar profundizando en la relación dinámica entre control y autonomía se preguntó a los trabajadores de salud: "¿Qué aspectos de la planificación del hospital y/o servicio en el que trabaja conoce usted?". La Figura 40 muestra que los dos aspectos de la planificación que más conocen los trabajadores son aquellos relacionados con los pedidos de insumos para su área de trabajo (48,7%) y con las reuniones de dirección, jefatura, servicio o área de trabajo (32,2%). El 25,0% de los trabajadores no conoce ninguno de los aspectos de la planificación indagados y el aspecto del presupuesto fue señalado por un 10,3% (Figura 40).

Figura 40. Conocimiento en los trabajadores de diferentes aspectos de la planificación del hospital y/o servicio encuadrado entre los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Para indagar en el deseo de moverse en la estructura organizacional, hacia un cargo de coordinación, se preguntó: "¿A Ud. le gustaría ser jefe, supervisor, director del hospital donde trabaja?". Al 60,7% de los trabajadores no le gustaría y al 27,1% que sí le gustaría. El 12,2% no contestó esta pregunta.

El 43,6% de trabajadores, que se representan al hospital como una pirámide, y el 60,7%, que refirió no tener interés en ocupar cargos de gestión, representan un fenómeno común en las Burocracias Profesionales, donde los profesionales, reconocen que "aborrecen la administración, deseando solamente ser dejado en paz para practicar su profesión" (Mintzberg, 2001, p.239). Pero, esta elevada democratización en la base de la estructura del hospital, no quiere decir que los gestores sean actores impotentes, ya que su poder está en otro lugar: arbitrando los conflictos que surgen de la división del núcleo operativo, así como también conteniendo las amenazas que

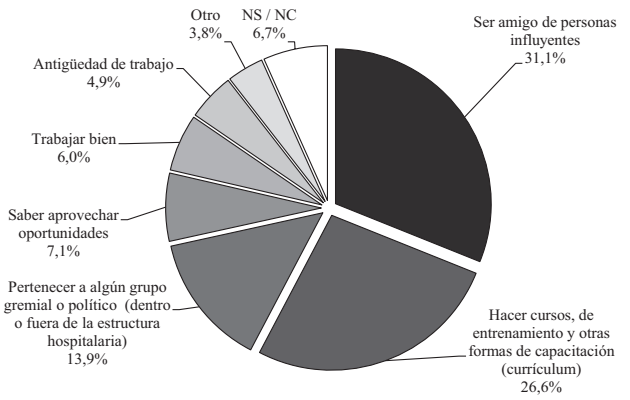
vienen del exterior de la organización (Mintzberg, 2001). Los gestores en las burocracias profesionales, al decir de Mintzberg (2001), son individualmente más poderosos que los profesionales individuales; el poder de estos últimos está en el colectivo.

Algunas declaraciones de trabajadores que han estado en cargos de jefatura, supervisión o dirección, refuerzan lo antedicho. En ellos se evidencia que la organización hospitalaria no concentra el poder en la cúpula, y que no basta ser jefe para generar cambios:

> *Ya lo fui, y el sistema no funciona* (enfermero, 36 años).
> *Ya lo intenté, y fue un fracaso: nadie puso voluntad de superarse para mejorar el hospital* (administrativa, 52 años).

Con el fin de saber cuáles son los mecanismos para ascender en la estructura hospitalaria, según la perspectiva de los trabajadores de la salud se preguntó: "En su opinión, ¿cuál es la principal razón para que un trabajador de la salud en el hospital ascienda en la estructura organizativa?". Las dos respuestas mayoritarias fueron: ser amigos de personas influyentes (31,1%) y hacer cursos de entrenamiento y otras formas de capacitación (26,6%) (Figura 41).

Figura 41. Percepción en los trabajadores de las principales razones para ascender en la estructura organizativa en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

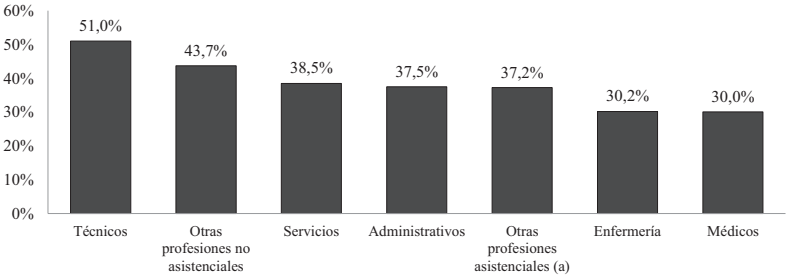


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Con vistas a profundizar en las relaciones dentro de la organización, se indagó específicamente en torno a la forma en que los trabajadores perciben las directivas para realizar sus actividades, y acerca de como caracterizan la supervisión o acompañamiento por parte de sus superiores. En este sentido se preguntó específicamente:

"¿Usted recibe directrices/comandos claros para realizar sus actividades?", el 47,4% de los trabajadores reconoce que no siempre, y el 10,6% que nunca recibe directivas claras. Al analizar estas respuestas según categoría ocupacional, se pudo observar que son los profesionales –médicos (58%) y trabajadores de otras profesiones asistenciales (49,4%)[19]–, quienes en mayor medida respondieron que "no siempre" reciben directrices/comandos claros. A su vez los técnicos (51%), los trabajadores de otras profesiones no asistenciales (43,7%), el personal de servicios (38,5%) y los administrativos (37,5%) son quienes en mayor porcentaje consideran que sí los reciben (Figura 42). Estas respuestas constituyen claras expresiones de quienes pertenecen al núcleo operativo –los profesionales– y de quienes pertenecen al "*staff* de apoyo" –administrativos y servicios– (Mintzberg 2001).

Figura 42. Distribución porcentual de trabajadores por ocupación que refieren recibir directrices/comandos claros para realizar sus actividades en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

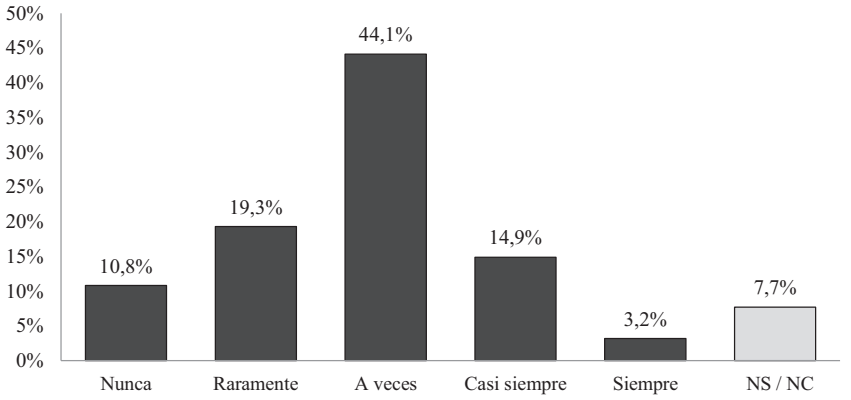


Fuente: Elaboración propia.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Respecto de las directrices o demandas antes mencionadas, se preguntó a los trabajadores "¿Con qué frecuencia usted precisa modificar las órdenes que recibe, para conseguir realizarlas?", cuyos resultados son presentados en la Figura 43. En ella se observa que el 44,1% de los trabajadores de la población estudiada a veces debe cambiar las órdenes que recibe para poder realizarlas; a su vez el 18,1% precisa cambiarlas siempre o casi siempre (Figura 43).

19 - Incluyen trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, anestesistas, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Figura 43. Frecuencia con que precisan modificar las órdenes que reciben para conseguir realizarlas los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



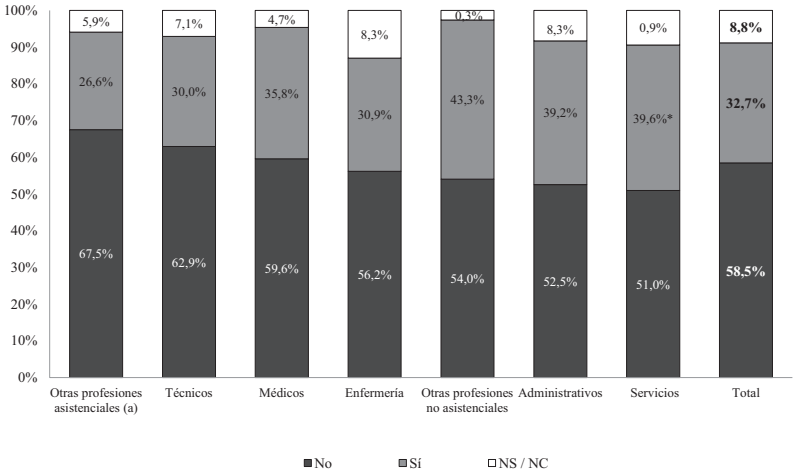
Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

En relación con el tipo de tareas realizadas, los trabajadores con funciones asistenciales o de cuidado directo de pacientes refirieron en mayor proporción (18,9%) tener que modificar siempre o casi siempre las órdenes que reciben para conseguir realizarlas, en comparación con los trabajadores con funciones no asistenciales (15,5%).

La Figura 44 muestra la distribución porcentual de respuestas afirmativas (32,7%) y negativas (58,5%) a la pregunta: "En su lugar de trabajo ¿ha sido supervisado (acompañado) por algún miembro de la jefatura/dirección del hospital o equipo de coordinación?", para el total de la población de trabajadores, y para las diferentes categorías ocupacionales de manera particular. En la Figura 44 se observa, además, que quienes en mayor medida no han sido supervisados son los trabajadores de otras profesiones asistenciales (67,5%), el personal técnico (62,9%), así como los médicos (59,6%). Los trabajadores de profesiones no asistenciales (43,3%), el personal de servicios (39,6%)[20] y administrativo (39,2%) son las categorías ocupacionales que en mayor medida manifestaron ser supervisados o acompañados por la dirección del hospital o de su equipo de coordinación (Figura 44). Las diferencias observadas visibilizan el poder superior que tienen los trabajadores con funciones asistenciales o de cuidado directo en relación con la estructura jerárquica de la organización –como lo venimos señalando– y demuestra que la idea de la pirámide es una construcción ideológica sin sustento empírico.

20 - Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

Figura 44. Percepción en los trabajadores de la existencia de mecanismos de supervisión (acompañamiento) por parte de algún miembro de la dirección del hospital o equipos de coordinación de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
*Estimación con coeficiente de variación mayor al 20%.
(a) Incluye Trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos entre otras profesiones asistenciales.

Asimismo, a los trabajadores que dijeron ser supervisados o acompañados se les preguntó "¿cuál es la frecuencia de esa supervisión?", en el 44,2% ocurre "sin una frecuencia definida", en el 26,1% la supervisón ocurre diariamente y en el 12,1% semanalmente. El 15,3% de los trabajadores tiene otras frecuencias de supervisión (quincenal, mensual, bimestral, trimestral, semestral, anual) y el 2,2% no contestó.

Las variables descriptas anteriormente nos permiten problematizar otras características de la estructura organizativa del hospital como Burocracia Profesional. Como hemos visto hasta aquí, esta se distingue por los amplios márgenes de autonomía de los trabajadores profesionales, que son los encargados de cumplir la principal función de la organización, a diferencia de otras ocupaciones dedicadas a funciones de apoyo al núcleo operativo (Mintzberg, 2001). Los profesionales son responsables de realizar un trabajo complejo, sobre el cual tienen un importante control. En este sentido, los profesionales médicos y de otra profesiones asistenciales, independientemente de la antigüedad que tengan en la organización, controlan un saber especializado que les permite llevar adelante su tarea, mientras que otras ocupaciones encargadas de tareas orientadas al apoyo de la función asistencial (personal de servicios

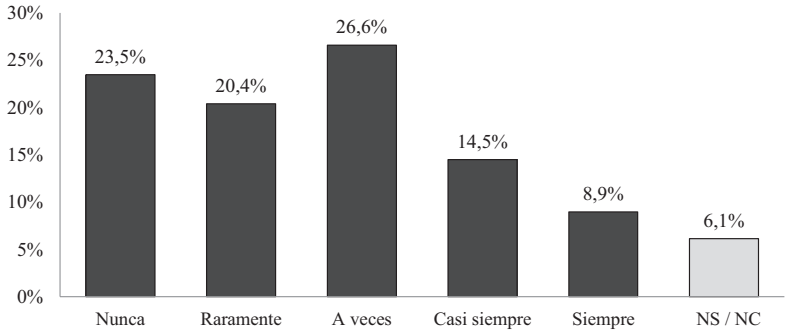
y administrativos) tienen menores márgenes de autonomía. El poder basado en el conocimiento y las destrezas profesionales, al decir de Mintzberg (2001), hace que sea difícil controlar de manera vertical los procesos de trabajo de los médicos, los trabajadores de otras profesiones asistenciales y los técnicos, es por ello que en las Burocracias Profesionales el control suele venir de parte de los pares, de los colegas profesionales, y no tanto de los superiores jerárquicos (Mintzberg, 2001).

Gestión de la prevención de riesgos en el trabajo

Como parte del análisis de la forma en que se presentan algunos elementos referidos a la organización hospitalaria, se indagó acerca del modo en que es organizada y controlada la prevención de riesgos en el trabajo. Específicamente se exploraron variables relativas a la existencia de una organización propia en el interior del hospital para atender estos temas, de una cobertura contra accidentes de trabajo, así como de otros elementos vinculados a la atención por parte de las aseguradoras.

Con el objetivo de profundizar en el interés institucional como parte de la gestión de la prevención de riesgos en el trabajo, se indagó en la postura de los gestores –desde la mirada de los trabajadores– y en la existencia de algún nivel de planificación en este sentido. Así, se preguntó a los trabajadores lo siguiente: "¿Cree que los directores del hospital donde trabaja se procupan por su seguridad y salud en el trabajo?"; los resultados al respecto quedan graficados en la Figura 45. En esta figura, se destaca que el 26,6% de los trabajadores considera que los directores del hospital se preocupan "a veces" por su seguridad y salud en el trabajo, el 23,5% dice que "nunca" se preocupan y el 20,4% que "raramente" (Figura 45). Cabe resaltar que el 25,6% de los trabajadores con funciones asistenciales, y el 18% de los trabajadores no asistenciales o con funciones de cuidado indirecto de pacientes, manifestaron que los directivos del hospital no se preocupan por su seguridad y salud en el trabajo.

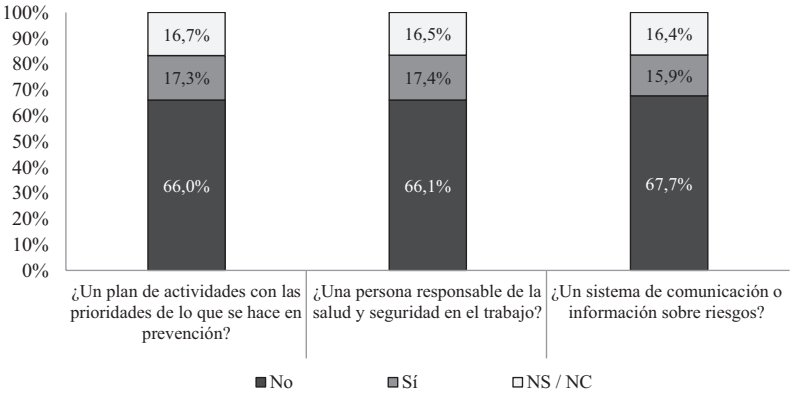
Figura 45. Percepción en los trabajadores sobre la preocupación de los directores del hospital por la seguridad y salud en el trabajo de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS/NC = No sabe/ No contesta.

Por otro lado la Figura 46 muestra la percepción que tienen los trabajadores en cuanto a algunos aspectos que hacen a las condiciones de medio ambiente y trabajo en el interior del hospital. Así, el 67,7% señaló que no existe un sistema de comunicación e información sobre riesgos; el 66,1% que no existe una persona responsable de la salud y seguridad en el trabajo; y el 66,0% desconocía que hubiera un plan de actividades de prevención en este tema (Figura 46).

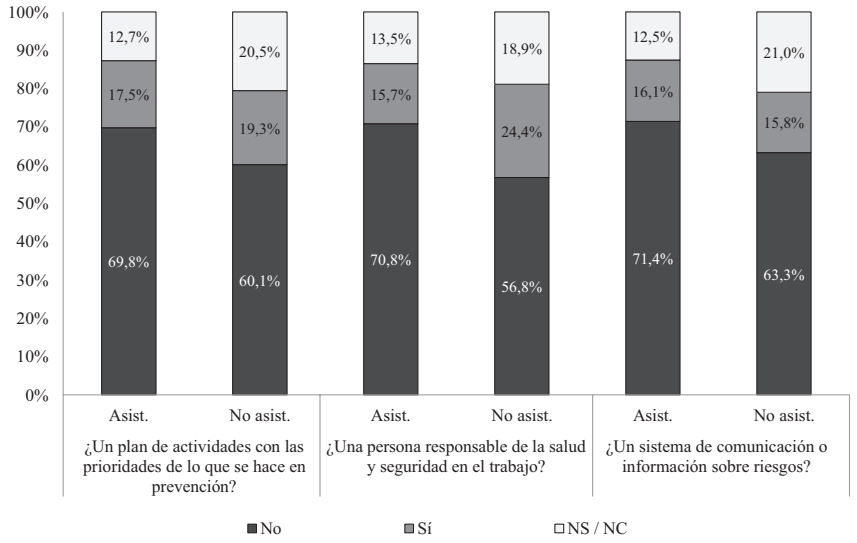
Figura 46. Reconocimiento de los trabajadores de la existencia de planes institucionales de gestión de la prevención de riesgos en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Asimismo, la Figura 47 muestra la distribución de las percepciones antes mencionadas, según tipo de función del trabajador. En ella se observa que, para todas las preguntas, es mayor la proporción de trabajadores asistenciales que responden negativamente, en comparación con los trabajadores con funciones no asistenciales. Esta diferencia se hace más notable al indagar sobre la existencia de una persona responsable de la salud y seguridad en el trabajo (Figura 47).

Figura 47. Reconocimiento de los trabajadores de la existencia de planes institucionales de gestión de la prevención de riesgos en el trabajo, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, según tipo de función asistenciales y no asistenciales de los trabajadores. Argentina, 2010-2012.

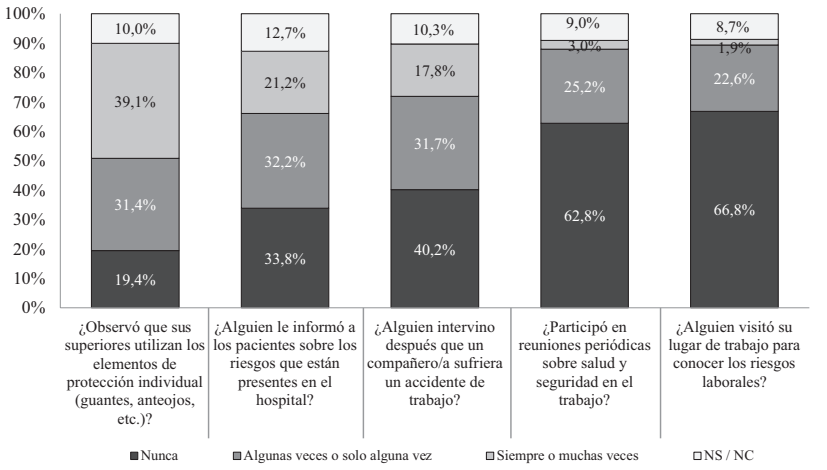


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
Asist. = Trabajadores con funciones asistenciales o de cuidado directo de pacientes.
No asist. = Trabajadores con funciones no asistenciales o de cuidado indirecto de pacientes.

Por otra parte, la Figura 48 muestra la distribución porcentual de la frecuencia con que los trabajadores de la población estudiada señalaron la existencia de acciones institucionales de gestión de la prevención. En ella, se observa que el 66,8% de los trabajadores refirió que nunca se visitó su lugar de trabajo para conocer los riesgos laborales, y el 62,8% que nunca participó en reuniones periódicas sobre salud y seguridad en el trabajo. Resulta destacable además que el 40,2% de los trabajadores reconoce que nunca nadie intervino después que un compañero sufriera un accidente

de trabajo. Es importante señalar –a pesar de tratarse de porcentajes menores– que el 19,4% de los trabajadores nunca observó que sus superiores utilizaran elementos de protección individual, y el 31,4%, que los utilizaban algunas veces o solo alguna vez (Figura 48), por otro lado, no se encontraron diferencias entre las categorías ocupacionales.

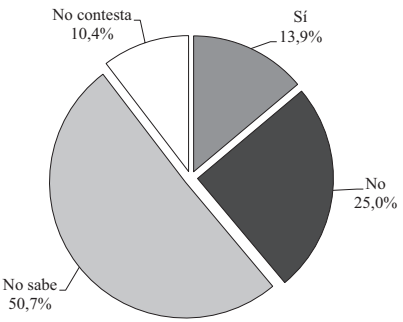
Figura 48. Percepción en los trabajadores de la existencia de acciones institucionales de gestión de la prevención de riesgos en el trabajo en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Para continuar profundizando las formas de la gestión institucional de la prevención de riesgos en el trabajo, se indagó sobre la existencia de comités o comisión de seguridad e higiene, así como de acciones de información, capacitación e intervención concreta para garantizar la protección de los derechos de los trabajadores. En este sentido, la Figura 49 muestra las respuestas de los trabajadores en relación con la siguiente pregunta: "En el hospital, ¿existe un comité o comisión de seguridad e higiene en el trabajo?". En ella se observa que el 50,7% de los trabajadores no sabe si existe, un 25,0% que en su hospital no existe y solo el 13,9% que sí existe (Figura 49).

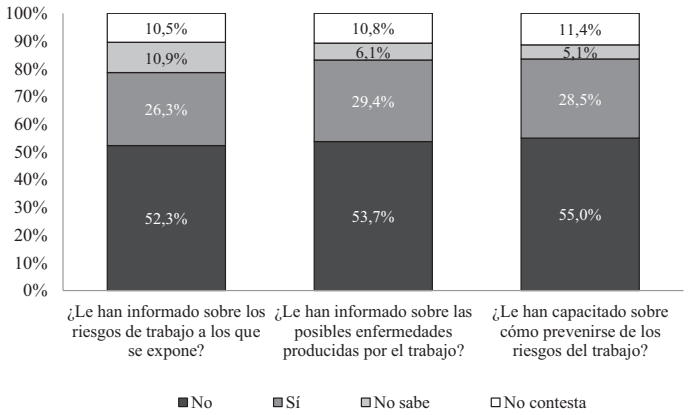
Figura 49. Distribución porcentual del conocimiento de los trabajadores sobre la existencia de un comité o comisión de seguridad e higiene en el trabajo, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, la Figura 50 muestra las respuestas con respecto a la existencia de acciones de información y capacitación en sus respectivos establecimientos. En ella se observa que el 52,3% declaró no haber sido informado sobre los riesgos a los que se expone en su trabajo y el 53,7% declaró no haber sido informado sobre posibles enfermedades producidas por el trabajo. El 55,0% señaló no haber sido capacitado sobre cómo prevenirse de dichos riesgos (Figura 50).

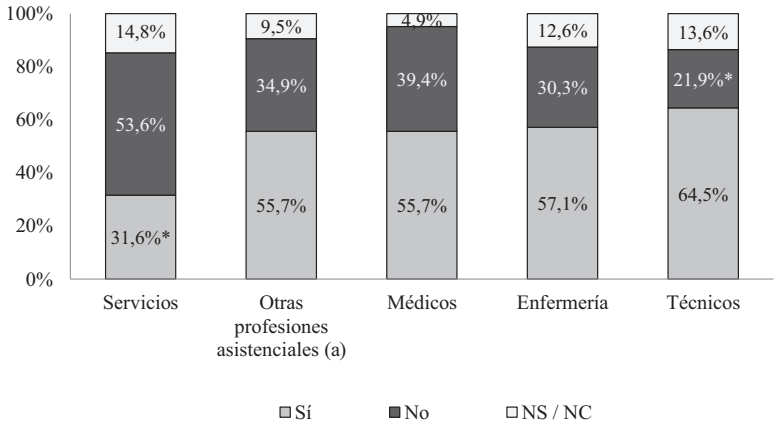
Figura 50. Distribución porcentual de la percepción de los trabajadores de la existencia de acciones de información y capacitación en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Para indagar en torno a otras acciones puntuales en términos de gestión de la prevención de riesgos en el interior del hospital se preguntó: "¿Le han entregado los elementos de protección personal que necesita?". En el 49,6% de la población los elementos fueron entregados, aunque resulta destacable que un 38,1% no los recibió. Al hacer una comparación entre las distintas categorías ocupacionales, con riesgo de exposición, se destacan los técnicos (64,5%) quienes en mayor porcentaje refirieron que les han entregado dichos elementos de protección; mientras que enfermeros (57,1%), médicos (55,7%) y personal de otras profesiones asistenciales (55,7%) no superan los dos tercios de trabajadores que manifiesten que les han sido entregados los elementos de protección personal que necesitan (Figura 51).

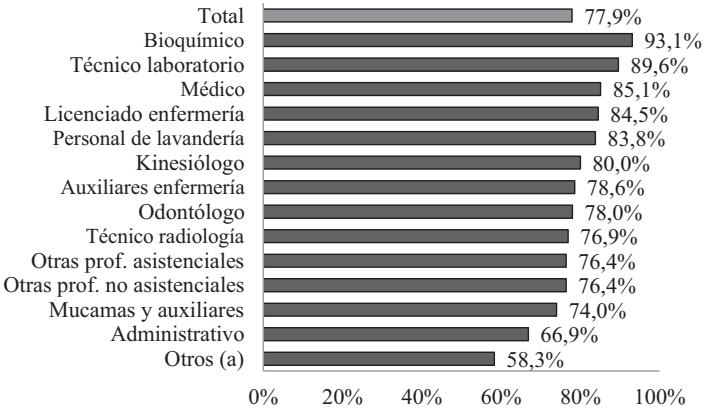
Figura 51. Distribución porcentual del reconocimiento de los trabajadores de la entrega de elementos de protección personal en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



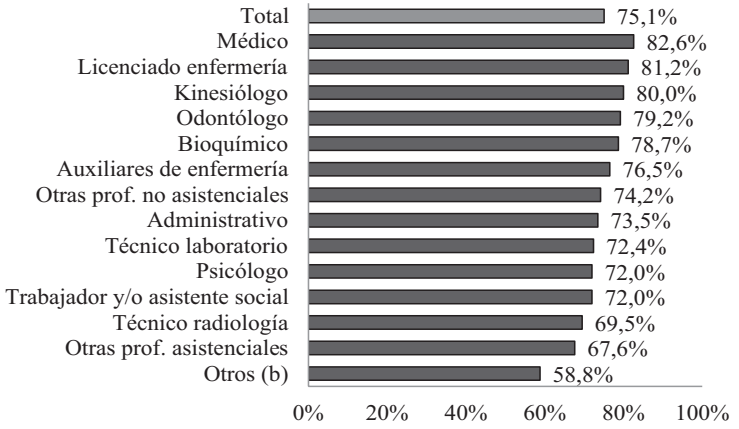
Fuente: Elaboración propia.
* Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Por otra parte es relevante considerar que la vacunación es una de las medidas más importantes que se suele tomar para la prevención del riesgo de contagio de determinadas afecciones. En este marco la Figura 52 muestra el porcentaje de trabajadores vacunados en la población estudiada; vale aclarar que, como todas las preguntas de este estudio, estas tienen carácter autorreferido. Así, el 77,9% de los trabajadores ha sido vacunado contra el virus de la hepatitis B (VHB), y el 75,1% contra otras enfermedades (Figura 52). Al comparar los dos gráficos de la Figura 52, observamos que la variabilidad en la cobertura de vacunación según ocupación es mayor para el caso de las hepatitis B que para el de otras enfermedades.

Figura 52. Porcentaje de trabajadores que refieren estar vacunados en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



¿Ha sido vacunado/a contra la hepatitis B?



¿Ha sido vacunado/a contra otras enfermedades?

Fuente: Elaboración propia.
(a) Incluye las siguientes categorías ocupacionales: trabajador/a y/o asistente social, conductor de ambulancia, psicólogo/a y mantenimiento.
(b) Incluye las siguientes categorías ocupacionales: conductor de ambulancia, mantenimiento, mucamas y auxiliares y personal de lavandería.
Otras prof. no asistenciales = Otras profesiones no asistenciales.
Otras prof. asistenciales = Otras profesiones asistenciales.

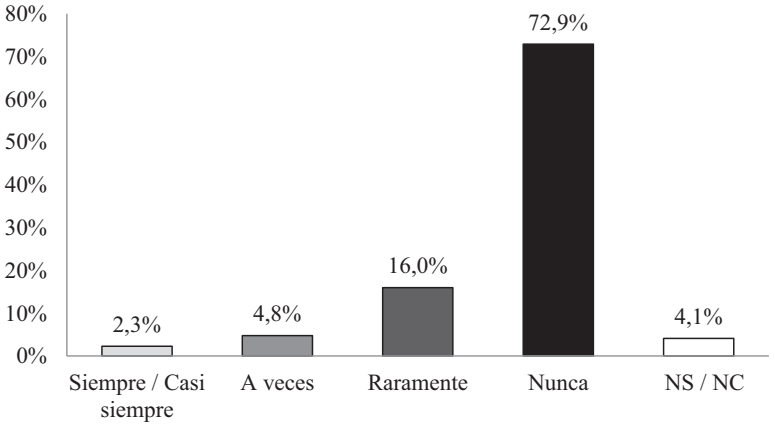
Con relación al porcentaje de trabajadores vacunados contra el VHB, estos se distribuyen de acuerdo al mayor o menor riesgo de sufrir un accidente punzocortante (Figura 52). Así, las ocupaciones que presentaron mayor porcentaje de vacunación fueron bioquímicos (93,1%), técnicos de laboratorio (89,6%), médicos (85,1%), licenciados en enfermería (84,5%), y personal de lavandería (83,8%) (Figura 52).

La vacunación contra el VHB y otras enfermedades infectocontagiosas, merece especial atención, teniendo en cuenta que dichas enfermedades representan riesgos importantes para los trabajadores de la salud (Bonanni, Bonaccorsi, 2001; Posenato García y Facchini, 2009), a la vez que su contagio mediante objetos punzocortantes constituye uno de los accidentes más comunes para estas poblaciones (OPS/OMS, 2012; Prüss-Üstün, Rapit, Hutin, 2003). En la Argentina, la vacunación contra el VHB se declaró obligatoria desde 1992 para todas las personas que trabajen en el campo de la salud (Ley 24.151/92); no obstante se destaca que la cobertura de inmunización para la población estudiada no es del 100%.

El presente estudio indagó también en el rol de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) como uno de los elementos relacionados con la gestión institucional de la prevención de riesgos en el trabajo. El 85,6% de los trabajadores está asegurado, aunque resulta destacable que el 5,0% dice no saber y el 3,1% declaró no estar asegurado. El 6,3% no respondió la pregunta.

Al profundizar un poco más sobre las formas de funcionamiento de las aseguradoras, se preguntó al trabajador: "¿Con qué frecuencia recibe información (preventiva, administrativa, etc.) de la ART?". Resulta destacable que el 72,9% de los trabajadores refirió que nunca recibe información, y el 16,0% reconoció que raramente recibe información de este tipo por parte de las ART (Figura 53). A su vez, entre los que respondieron que nunca la reciben, el 75,0% corresponde a trabajadores con funciones asistenciales, y el 67,2% a trabajadores con funciones no asistenciales.

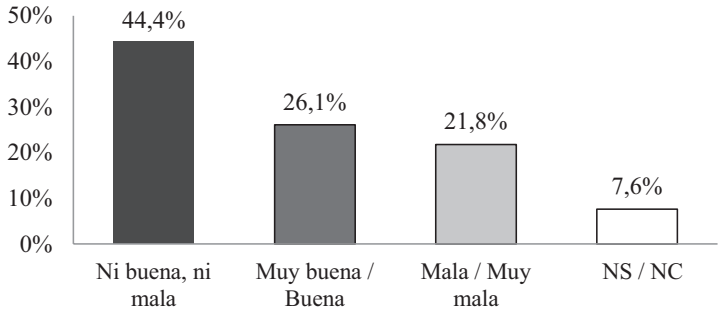
Figura 53. Reconocimiento de los trabajadores de la frecuencia con que reciben información de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Del mismo modo la Figura 54 muestra la percepción de los trabajadores con respecto a la calidad de los servicios prestados por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART). Así, el 26,1% considera que la calidad es muy buena o buena, el 21,8% que es mala o muy mala, mientras que el 44,4% se mantuvo en una postura intermedia, manifestando que dicha calidad no es ni buena ni mala (Figura 54).

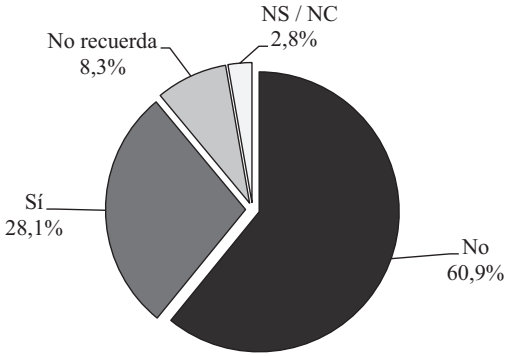
Figura 54. Percepción en los trabajadores sobre la calidad de los servicios recibidos por las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Otro de los elementos que nos permite problematizar la gestión institucional de la prevención de riesgos en el trabajo, tiene que ver con la vigilancia, entendida como aquellas acciones de prevención, control y seguimiento de la salud y los potenciales riesgos presentes en el espacio laboral. En este sentido, a los trabajadores de la población de estudio se les preguntó: "¿Le realizaron algún tipo de control médico por parte del hospital?". Los resultados de esta pregunta, presentados en la Figura 55, muestran que el 60,9% de los trabajadores no recibió controles médicos por parte del hospital.

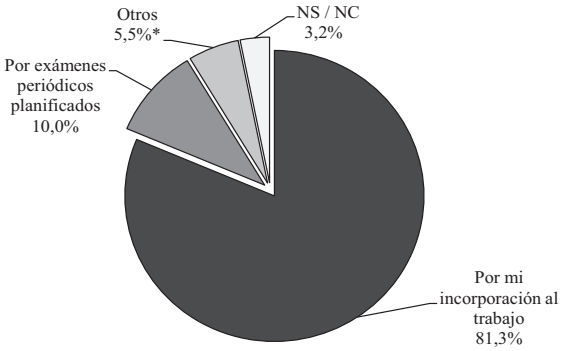
Figura 55. Reconocimiento de los trabajadores de la existencia de controles médicos por parte del hospital a los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Al 28,1% de la población estudiada se le realizó algún tipo de control médico. A los trabajadores que realizaron este tipo de control se les preguntó además: "¿Cuál fue el motivo de este reconocimiento?". En la Figura 56 se puede observar que el 81,3% de los que recibieron algún control médico lo atribuyen a su incorporación al trabajo, y en menor medida a exámenes médicos periódicos, preventivos o programados (10%). Al indagar sobre otras causas de reconocimiento médico por parte del hospital, se destacaron algunos comentarios puntuales referidos a los motivos siguientes: accidente de trabajo, estudios específicos de tuberculosis en su establecimiento y transferencia a otra provincia.

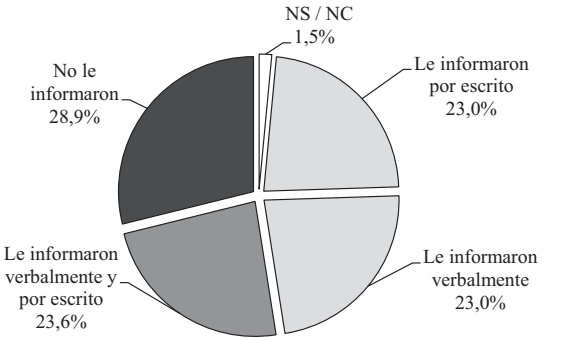
Figura 56. Motivos del reconocimiento médico realizado por el hospital a los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

Para profundizar sobre el procedimiento seguido por parte del hospital en términos de información, se le preguntó a los trabajadores: "¿Le informaron de los resultados del reconocimiento?", a lo cual al 28,9% manifestó que no lo hicieron; mientras que el 23,6% de los trabajadores fueron informados de forma verbal y escrita, a la vez que les comunicaron los resultados solo de forma verbal o de forma escrita a un porcentaje similar –para cada caso de trabajadores– (Figura 57).

Figura 57. Información de los resultados del reconocimiento médico realizado por el hospital a los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Para analizar los datos antes presentados, consideramos importante rescatar algunos de los principales conceptos y posturas en relación con la tradicional idea de "seguridad e higiene en el trabajo". Este concepto –como se describió en el marco teórico– ha sido cuestionado en varios momentos históricos por obreros y sanitaristas, con una mirada centrada en la des-mercantilización de la salud y en la participación activa de los trabajadores en el diagnóstico y modificación de la nocividad (Cárcoba, 2007; Oddone *et al.*, 1986; Testa, Osores Soler y Saiegh, 1973). No fueron estos cuestionamientos, los hallados en las respuestas, que por el contrario, se inscriben en una perspectiva tradicional que se reconoce heredera de las clásicas ideas de la Medicina del Trabajo y la Salud Ocupacional.

Los resultados hasta aquí presentados, muestran la existencia de un elevado porcentaje de trabajadores asegurados, pero ¿esto es suficiente? ¿de qué manera se implementa la gestión de los riesgos?, ¿qué papel tienen las aseguradoras, el hospital y los propios trabajadores?, ¿cuál es la calidad de esta gestión y qué rol juegan los trabajadores en ella? En este sentido, hemos visto que, aun desde una perspectiva tradicional del abordaje de los riesgos –en la que la gestión de la nocividad no es protagonizada por los trabajadores–, las acciones de diagnóstico, información y capacitación en el contexto estudiado son muy limitadas. Esto nos hace pensar que para esta población no existen mecanismos institucionales que permitan velar e intervenir en su seguridad e higiene en el trabajo. Así, la existencia de una ley parecería no ser suficiente para cumplir con este objetivo, y en este punto es importante continuar problematizando el papel que juegan actualmente los trabajadores, así como sus desafíos en la construcción de un sujeto colectivo.

El presente estudio encontró que los trabajadores saben cuáles son los riesgos a los que se enfrentan en dependencia del tipo de tarea que realizan, pero también advertimos que existe una tendencia en la población estudiada a naturalizarlos. Ante esta situación, se hace necesario, al decir de Cárcoba (2007), recuperar la memoria histórica en materia de salud laboral, recuperar un modelo basado en la participación de los trabajadores. Recuperar la memoria, no significa rememorar nostálgicamente el pasado, sino recuperar estrategias, instrumentos y preguntas clave frente al modelo de salud laboral dominante (Cárcoba, 2007). En este sentido volvemos a las preguntas que movilizaron a los obreros italianos, y a los fundadores del Instituto de Medicina del Trabajo de la UBA (Martin, Spinelli, 2011): ¿no es hora de dejar de pensar en los viejos términos de higiene y seguridad para pensar en condiciones y medio ambiente de trabajo?, ¿no es momento de superar modelos empresariales de niveles de aceptabilidad del riesgo y modelos tecnocráticos basado en el negocio del riesgo (Cárcoba, 2007), para empezar a pensar en un modelo de los trabajadores? Un modelo de los trabajadores supone un protagonismo por parte de ellos mismos en el diagnóstico de la nocividad y en la generación de acciones que modifiquen sus condiciones de trabajo. Para esto, se hace necesario superar el actual modelo reparador-indemnizatorio (Cárcoba, 2007), que se basa en una mercantilización de la salud de los trabajadores.

Módulo VI: Situación laboral

El presente módulo tiene como propósito describir y analizar la situación laboral de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires.

En este marco, desde un enfoque intersubjetivo se abordarán diferentes variables como la participación en la toma de decisiones, la percepción de las relaciones laborales cotidianas, así como la capacidad de ejercer derechos laborales, entre los que se encuentran licencias, vacaciones, descansos, capacitación y representación gremial. Además se analizarán los tipos de contratos laborales, la distribución de ocupaciones o profesiones en el interior del hospital, así como la historia laboral de los trabajadores en términos de antigüedad, percepción de inestabilidad, antecedentes de desempleo y pluriempleo.

Las condiciones de empleo nos permitirán explorar posibles situaciones de precariedad laboral de acuerdo al sexo, edad y categoría ocupacional de los trabajadores. Cabe destacar, que la existencia de posibles situaciones de precariedad laboral va más allá del análisis de la estabilidad laboral (Amable, 2006). Es por ello que nos parece pertinente dicho análisis a pesar de que nuestra población de estudio tiene un empleo estable, ya sea en el marco de las leyes de Carrera Profesional Hospitalaria (Ley 10.471) y de escalafón para el Personal de la Administración Pública (Ley 10.430) de la provincia de Buenos Aires.

Con la intención de ahondar en algunos aspectos de la dimensión intersubjetiva de las condiciones de empleo, se indagó en la capacidad de ejercer derechos laborales, la percepción de vulnerabilidad, la participación gremial, la capacitación y el grado de participación en la toma de decisiones.

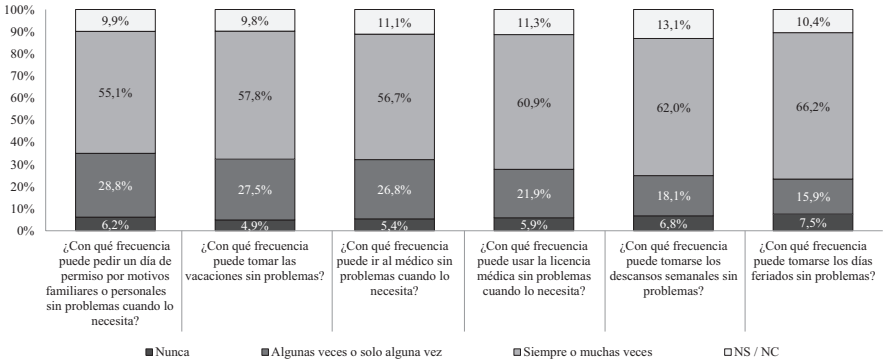
Ejercicio de derechos laborales

Con relación al ejercicio de derechos laborales, se preguntó por la frecuencia en que los trabajadores ejercen los siguientes derechos: tomarse días feriados, usar licencia médica, ir al médico, tomarse vacaciones, pedir permisos por motivos familiares o personales y tomarse los descansos semanales. En cada caso la pregunta estaba referida a su actual situación laboral.

En este sentido, la Figura 58 muestra la distribución porcentual de trabajadores que pueden ejercer esos derechos con diferentes frecuencias: “siempre o muchas veces”, “algunas veces o solo alguna vez” o “nunca”. En ella se destaca un porcentaje menor de trabajadores que nunca pueden: tomarse los días feriados sin problemas (7,5%); tomarse los descansos semanales sin problemas (6,8%); pedir un día de permiso por motivos familiares o personales sin problemas cuando lo necesitan (6,2%);

usar la licencia médica sin problemas cuando lo necesitan (5,8%); ir al médico sin problemas cuando lo necesitan (5,4%); o tomar las vacaciones sin problemas (4,9%). Estos porcentajes resultan destacables ya que se trata de derechos básicos que asisten a los trabajadores de la población estudiada, en el marco de las leyes 10.430 y 10.471 en las que se encuentran incluidos.

Figura 58. Distribución de la frecuencia con la que ejercen sus derechos laborales los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

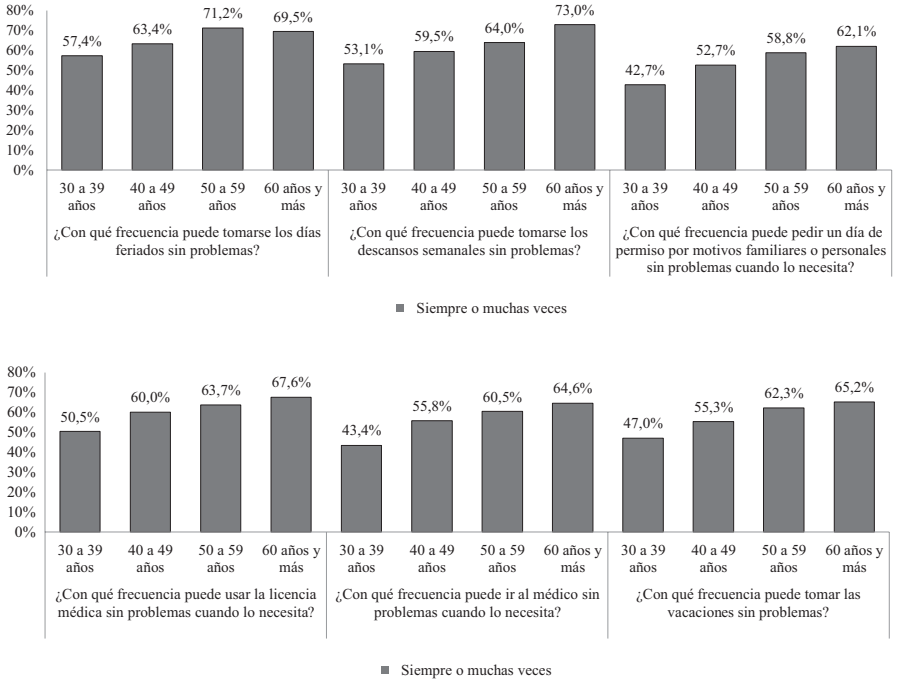
Al analizar las preguntas anteriores por sexo, resulta relevante destacar que un mayor porcentaje de mujeres (30,0%) que de varones (19,8%) manifestaron que algunas veces o solo alguna vez pueden ir al médico sin problemas cuando lo necesitan. También es mayor el porcentaje de mujeres (30,0%) que destacaron que algunas veces/solo alguna vez poder tomar las vacaciones sin problemas en comparación con los varones (21,8%). Situación similar ocurre con la posibilidad de pedir un día de permiso por motivos familiares o personales sin problemas, a lo cual el 31,7% de las mujeres y el 22,5% de los varones manifestaron poder hacerlo algunas veces o solo alguna vez.

La Figura 59 muestra la distribución porcentual con que los trabajadores de la población estudiada ejercen los derechos que venimos analizando, por grupos de edad. En esta figura, nos pareció relevante destacar esencialmente la frecuencia de la respuesta "siempre o muchas veces". Así, se observa mayor número de respuestas que señalan un incremento de la capacidad de ejercer los derechos laborales indagados, a medida que aumenta la edad (Figura 59).

A su vez, en el análisis por categoría ocupacional, la Tabla 18 muestra que son los trabajadores de enfermería quienes refieren más restricciones con respecto a la ca-

pacidad de ejercer los derechos laborales que venimos analizando; esto se evidencia en el hecho de que es en esta categoría donde se observan los menores porcentajes de respuesta positiva (siempre o muchas veces), para cada una de las preguntas realizadas, a excepción de la relativa a "ir al médico sin problemas", donde la ocupación servicios (50,9%) fue la que menor porcentaje presentó (Tabla 18).

Figura 59. Frecuencias según grupos de edad de la capacidad para ejercer derechos laborales ("siempre o muchas veces") en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. Frecuencia por categoría ocupacional de la capacidad para ejercer derechos laborales ("siempre o muchas veces") en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

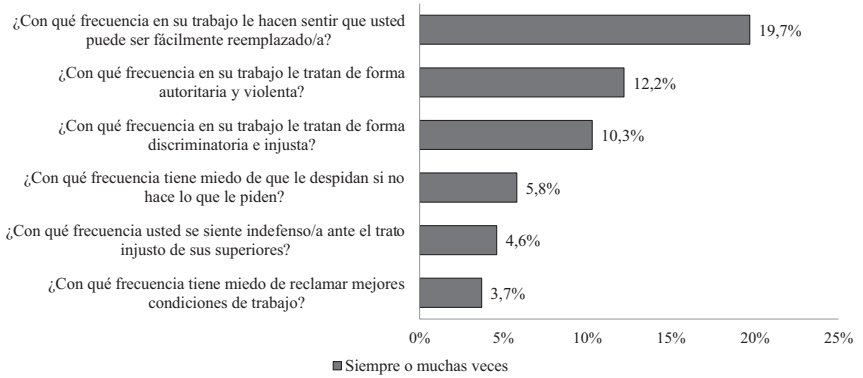
	Enfermería	Servicios	Técnicos	Otras profesiones asistenciales (a)	Administrativos	Médicos	Otras profesiones no asistenciales
Tomarse los días feriados sin problemas	60,4%	63,5%	64,8%	63,2%	77,1%	71,0%	76,7%
Usar la licencia médica sin problemas cuando lo necesita	51,5%	55,1%	56,3%	61,6%	67,7%	69,8%	72,6%
Ir al médico sin problemas cuando lo necesita	51,1%	50,9%	53,3%	58,6%	62,3%	62,3%	65,0%
Tomar las vacaciones sin problemas	49,5%	61,7%	52,2%	57,9%	63,2%	65,2%	70,0%
Pedir un día de permiso por motivos familiares o personales sin problemas cuando lo necesita	44,3%	60,8%	49,2%	55,8%	64,7%	62,2%	65,6%
Tomarse los descansos semanales sin problemas	52,5%	65,5%	61,0%	67,2%	65,5%	68,2%	74,0%

Fuente: Elaboración propia.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Percepción de la calidad de las relaciones laborales

Otro de los elementos que nos permite problematizar las condiciones de empleo es la percepción del trabajador sobre el trato recibido en su trabajo (Figura 60), donde se puede observar el porcentaje de trabajadores que "siempre o muchas veces" vivenció esas situaciones. Así, el 19,7% de los trabajadores refirió que siempre o muchas veces se siente indefenso ante el trato injusto de sus superiores; el 12,2% refiere que con la misma frecuencia en su trabajo le hacen sentir que puede ser fácilmente reemplazado; el 10,3% tiene, con igual periodicidad, miedo de reclamar mejores condiciones de trabajo (figura 60). Asimismo, aunque en menor porcentaje, se destaca que el 5,8% de los trabajadores "siempre o muchas veces" siente que lo tratan de forma autoritaria y violenta, el 4,6% siente que lo tratan de forma discriminatoria e injusta y el 3,7% tiene miedo de que lo despidan si no hace lo que le piden (Figura 60).

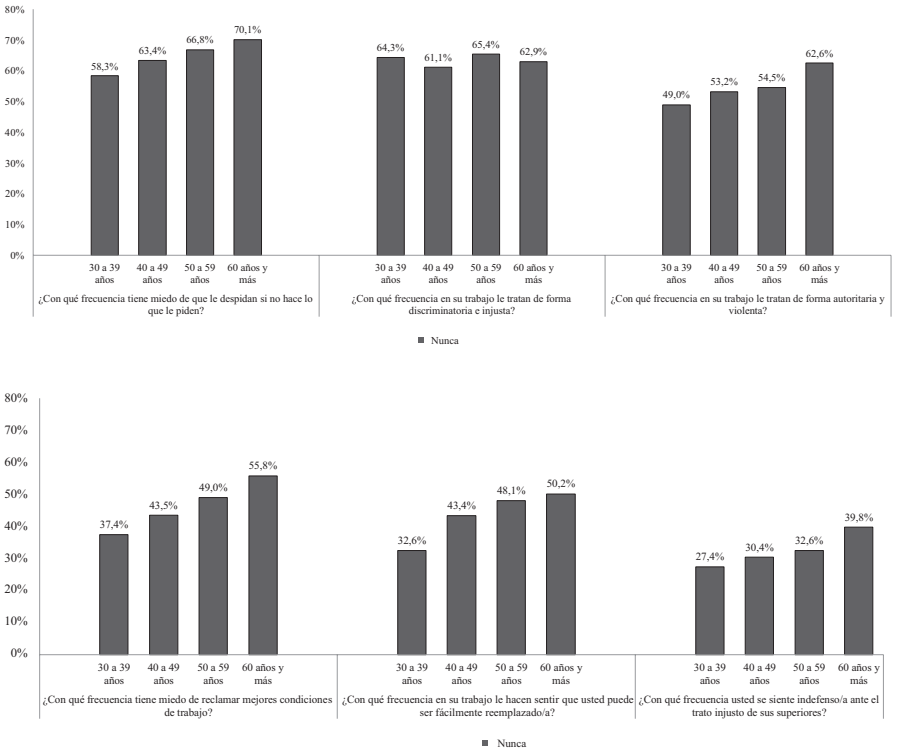
Figura 60. Frecuencia de percepción del trato recibido según las categorías "siempre o muchas veces" por los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

La distribución por categoría ocupacional de las situaciones descriptas anteriormente muestra que son los enfermeros quienes presentan mayores porcentajes en comparación con otras ocupaciones. Así, siempre o muchas veces, el 22,1% de los enfermeros siente que puede ser fácilmente reemplazados, el 21,8% se siente indefenso ante el trato injusto de sus superiores y el 16,4% que tiene miedo a reclamar mejores condiciones de trabajo. Por otro lado, con respecto al análisis por grupos etarios se observó que los trabajadores de mayor edad son quienes manifestaron en mayor porcentaje que "nunca" viven tales situaciones de vulnerabilidad (Figura 61).

Figura 61. Frecuencia por rangos de edad con que "nunca" perciben situaciones de vulnerabilidad en las relaciones laborales los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

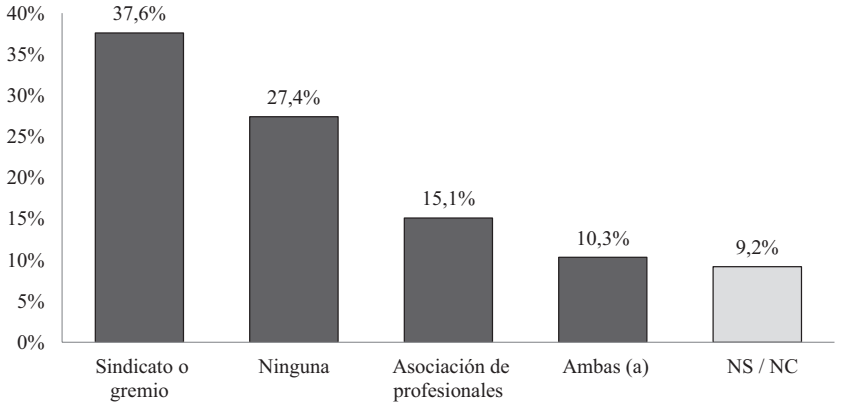


Fuente: Elaboración propia.

Participación gremial

Como parte del ejercicio de los derechos laborales, abordamos de manera particular el derecho a la participación gremial. En este sentido, al preguntar a cada trabajador si en su Hospital, "¿Ud. está afiliado/a a alguna de las siguientes organizaciones?", se observó que los trabajadores estaban afiliados sólo a un sindicato o gremio en un 37,6%, a una asociación de profesionales en un 15,1% y a ambas en un 10,3%; mientras que el 27,4% de los trabajadores refirió que no estaba afiliado a ninguna organización (Figura 62).

Figura 62. Distribución porcentual de la afiliación a alguna organización sindical en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

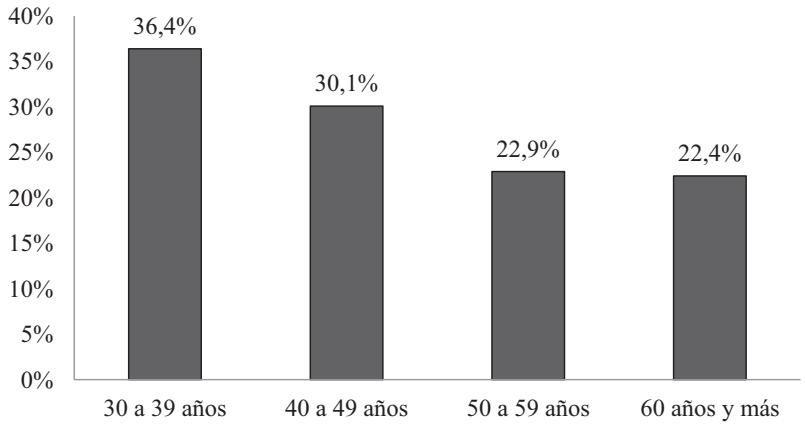


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC: No sabe / No contesta.
(a) Incluye sindicato o gremio y asociaciones de profesionales.

En relación con el análisis por categoría ocupacional se observó que la afiliación a un sindicato o gremio era mayoritaria entre los trabajadores administrativos (54,5%), de enfermería (53,2%), de servicios (51,2%), de otras profesiones no asistenciales (49%) y de otras profesiones asistenciales[21] (30,4). En cambio, entre los médicos (34,2%) la principal afiliación fue a una asociación de profesionales. Resulta destacable que en el caso de los técnicos alrededor de la mitad (50,5%) refirió no estar afiliado a ninguna organización. También se observó que, independientemente de su ocupación, los rangos de menor de edad se corresponden con los que declararon en mayor porcentaje no estar afiliados a ninguna organización en su hospital (Figura 63). En relación con el sexo no se perciben diferencias importantes entre los trabajadores sin ninguna afiliación; así, varones (27,2%) y mujeres (27,5%) presentaron similares porcentajes.

21 - Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Figura 63. Porcentaje de trabajadores por grupos de edad que no están afiliados a ninguna organización en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de profundizar en la participación de los trabajadores afiliados a alguna organización en su hospital, se preguntó "¿Con qué frecuencia recurre a la organización que pertenece…?" para realizar actividades diversas como: atender problemas en su lugar de trabajo y participar en actividades gremiales o no gremiales y en elecciones. Así, se observó que los trabajadores manifestaron recurrir a su organización "siempre o muchas veces" en el 32,7% de los casos cuando hay elecciones, en el 17,3% cuando se realizan otras actividades no gremiales de su interés (conferencias, cursos, etc.), en el 16,5% cuando se realizan actividades gremiales (asambleas, paros, etc.) y en el 16,4% cuando hay un problema en su lugar de trabajo.

El análisis de estas situaciones por grupos de edad, sexo y categoría ocupacional mostró que quienes en mayor porcentaje refirieron siempre o muchas veces recurrir a su organización cuando hay un problema en su lugar de trabajo fueron: las personas de 60 y más años de edad (22,2%) en contraste con otros grupos de edad y los médicos (23,0%) en comparación con otras categorías ocupacionales. Una situación similar se observó cuando se indagó sobre la participación en actividades gremiales (asambleas, paros, etc.) donde las personas de 60 y más años de edad (20,8%), los trabajadores de otras profesiones asistenciales[22] (20,3%), los médicos (19,5%) y los varones (21,1%) fueron quienes con mayor frecuencia recurren siempre o muchas veces a sus organizaciones.

22 - Incluyen trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

A su vez, cuando se realizaron otras actividades no gremiales de interés (conferencias, cursos, etc.) quienes en mayor porcentaje recurrieron (siempre o muchas veces) fueron los trabajadores entre 50 y 59 años (24,6%), al igual que el grupo de 60 y más años de edad (24,0%). Ante esta misma situación no hubo diferencias entre varones (17,8%) y mujeres (17,1%), mientras que el análisis por categoría ocupacional mostró que los médicos recurren con mayor frecuencia ante estas situaciones en relación con otras categorías ocupacionales.

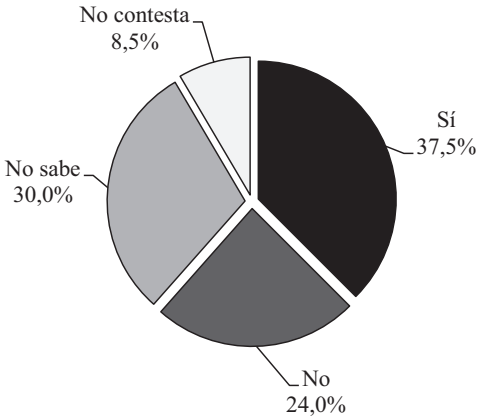
Por último, y al igual que en la mayoría de las situaciones anteriores, el grupo de edad de 60 y más años de edad (41,3%) fue el que más concurrió a su organización cuando hubo elecciones. El análisis por sexo y categoría ocupacional destacó que los varones (38,1%), y los médicos (47,4%) fueron quienes en mayor porcentaje manifestaron recurrir a su organización cuando hay elecciones.

Al seguir profundizando sobre la participación como parte de las condiciones de empleo y trabajo, se indagó sobre la existencia de discusión acerca de esta problemática en sus lugares de trabajo, así como sobre la posibilidad de realizar acciones para transformarlas.

Al preguntar si en su trabajo, "¿ha discutido con sus compañeros/as sobre sus condiciones de trabajo?", respondieron: siempre o muchas veces el 34,3%, algunas veces o solo algunas veces el 42,9%, nunca el 13,5% y no contestaron el 9,2%. El análisis por categoría ocupacional mostró que los médicos (55,3%) son quienes en mayor porcentaje discuten sus condiciones de trabajo siempre o muchas veces. Igual situación se observó para el grupo de edad entre 40 y 49 años. El análisis por sexo evidenció que son los varones (42,3%) en comparación con las mujeres (30,8%) quienes más discuten sus condiciones de trabajo con sus compañeros. A su vez, al preguntar a cada trabajador si en su trabajo, "¿pudo realizar alguna acción para mejorar esas condiciones?", se observó que los trabajadores respondieron: siempre o muchas veces el 20,7%, algunas veces o solo algunas veces el 50,1%, nunca el 17,8% y no contestaron el 11,4%. El análisis por categoría ocupacional destacó que los trabajadores administrativos (28,2%) fueron quienes en mayor porcentaje refirieron, siempre o muchas veces, poder realizar alguna acción para mejorar sus condiciones. Esta misma situación se observó para el grupo de edad de 60 y más años de edad (28,7%), mientras que con relación al sexo no se observaron grandes diferencias entre varones (21,6%) y mujeres (20,3%).

En cuanto a las acciones gremiales desarrolladas en el hospital, se preguntó a cada trabajador si, "en su hospital, ¿el gremio ha promovido algún tipo de conflicto gremial en los últimos 6 meses?". Los datos presentados en la Figura 64 destacan que el 38% de los trabajadores reconoce que si, mientras que el 30% no sabe.

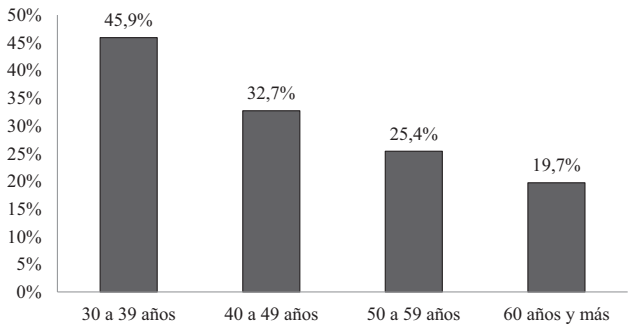
Figura 64. Distribución porcentual del conocimiento sobre conflictos gremiales promovidos por el gremio en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado de Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el porcentaje de trabajadores que refirió que "no sabe" si en su hospital el gremio ha promovido algún tipo de conflicto gremial en los últimos 6 meses, el análisis por grupos de edad mostró que este porcentaje de desconocimiento fue mayor en los grupos de edad de 30 a 39 años (45,9%) y de 40 a 49 años (32,7%) respecto de otros grupos etarios (Figura 65). También se observó que entre las mujeres, la proporción que desconoce las acciones sindicales (34,6%) fue mayor que entre los varones (19,8%).

Figura 65. Porcentaje de trabajadores por grupos de edad que no saben si el gremio ha promovido algún tipo de conflicto gremial en los últimos 6 meses, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



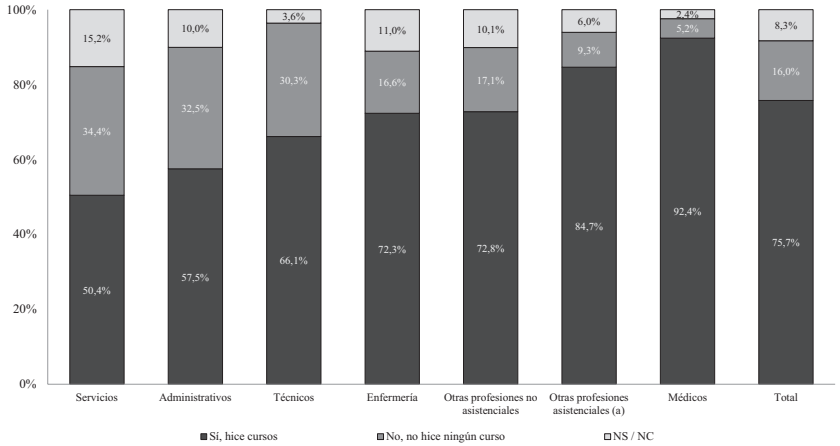
Fuente: Elaboración propia.

Capacitación laboral

En el marco de los derechos laborales nos propusimos indagar en el derecho a la capacitación en los trabajadores de la salud de la población estudiada. Para ello se preguntó si habían realizado cursos, de qué temáticas, y si la participación en tales cursos había tenido influencia en sus prácticas laborales.

Con respecto a las actividades de capacitación, consideradas desde el momento en que ingresó al hospital, se preguntó específicamente a cada trabajador: "¿Hizo algún curso de capacitación?" En este sentido, la Figura 66 muestra la distribución porcentual sobre la realización de cursos de capacitación desde el ingreso al hospital, en los trabajadores de la población estudiada. El análisis a nivel general muestra que la mayoría de los trabajadores, luego de su ingreso al hospital, realizó cursos de capacitación (75,7%)[23]. Entre los trabajadores que en mayor porcentaje realizaron cursos de capacitación se encuentran los médicos (92,4%), mientras que los menores porcentajes se observaron entre los trabajadores de servicios (50,4%) (Figura 66).

Figura 66. Distribución porcentual por categoría ocupacional sobre la realización de cursos de capacitación desde su ingreso al hospital en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

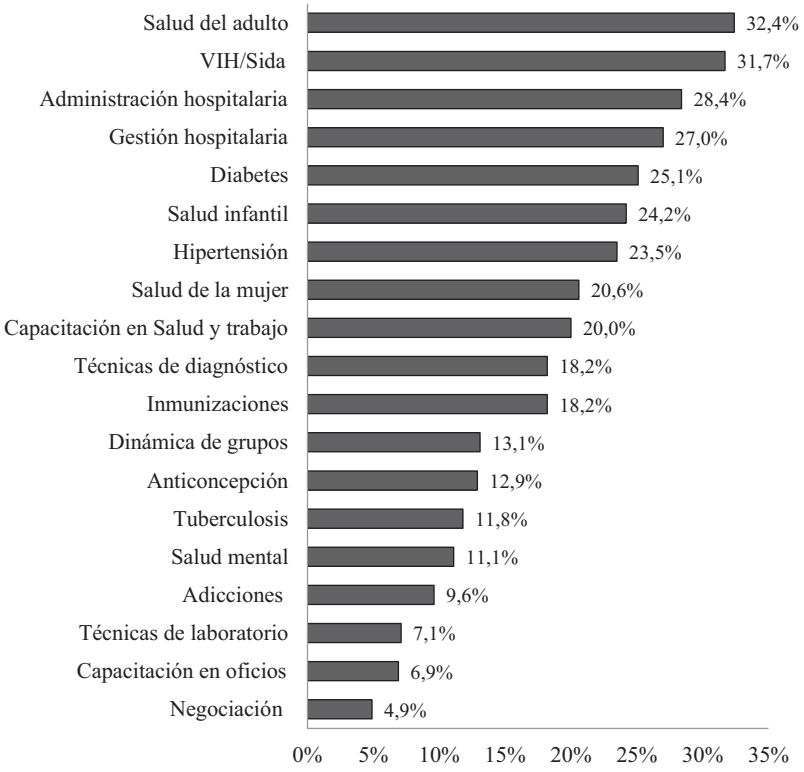


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC: No sabe / No contesta.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones. asistenciales.

23 - Se debe tener en cuenta para esta pregunta el alto nivel de no-respuesta que podría sesgar la interpretación de los resultados. De todos modos, se optó por incluir esta variable en el informe debido a la importancia que la misma representa, aunque se recomienda tener en cuenta la limitación mencionada.

La Figura 67 muestra la frecuencia de contenidos en los cursos de capacitación a los que asistieron los trabajadores de la población estudiada. Los contenidos más frecuentes fueron los referidos a la salud del adulto (32,4%) y VIH/Sida (31,7%), mientras que los cursos relacionados con temas de negociación (4,9%) fueron los menos frecuentes (Figura 67). A su vez, se destaca la realización de cursos de capacitación en temas como administración hospitalaria (28,4%), gestión hospitalaria (27%) y salud y trabajo (20%) (Figura 67). Es interesante destacar la baja formación en temas de negociación en una organización caracterizada por centrar su trabajo en relaciones intersubjetivas y con fuertes implicancias emocionales en buena parte de los procesos de trabajo donde por lo tanto es esperable la aparición de conflictos.

Figura 67. Frecuencia de contenidos en los cursos de capacitación a los que asistieron los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.

Para continuar profundizando en el contenido de los cursos de capacitación, la Tabla 19 muestra las categorías ocupacionales correspondientes a los trabajadores que con mayor frecuencia refirieron realizar cursos de capacitación en temas orientados a problemas de salud-enfermedad. En ella se observa que, los trabajadores con ocupaciones asistenciales como enfermería, médicos y de otras profesiones asistenciales[24] fueron quienes presentaron porcentajes por encima de los totales con relación a temas vinculados con problemas de salud-enfermedad (Tabla 19). A su vez, los enfermeros también presentaron porcentajes más elevados que los totales en los cursos de inmunizaciones (32,0%), anticoncepción (21,9%), tuberculosis (18,5%), salud mental (21,7%) y adicciones (21,9%).

Tabla 19. Porcentaje de enfermeros, médicos y de otras profesiones asistenciales que realizan cursos de capacitación en temas relacionados con problemas de salud-enfermedad en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Temas de los cursos de capacitación	Enfermeros	Médicos	Otras profesiones asistenciales (a)	Total
Salud del adulto	42,9%	42,2%	34,8%	32,4%
VIH/Sida	42,0%	32,3%	46,9%	31,7%
Diabetes	45,9%	26,6%	26,7%	25,1%
Salud infantil	34,4%	25,6%	31,7%	24,2%
Hipertensión	36,8%	31,4%	22,5%	23,5%
Salud de la mujer	26,5%	22,4%	30,7%	20,6%

Fuente: Elaboración propia.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

La Tabla 20 muestra las categorías ocupacionales correspondientes a los trabajadores que con mayor frecuencia refirieron realizar cursos de capacitación en temas orientados a la gestión y/o coordinación, donde se destacan los administrativos, los médicos y los enfermeros (Tabla 20).

24 - Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Tabla 20. Porcentaje de administrativos, médicos y enfermeros que realizan cursos de capacitación en temas relacionados con la gestión y/o coordinación en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Temas de los cursos de capacitación	Administrativos	Médicos	Enfermeros	Total
Administración hospitalaria	43,2%	29,0%	22,6%	28,4%
Gestión hospitalaria	37,3%	28,8%	25,4%	27,0%
Dinámica de grupos	10,6%*	12,3%	18,3%	13,1%
Negociación	4,3%***	5,1%*	8,5%*	4,9%

Fuente: Elaboración propia.
***Estimación con coeficiente de variación mayor del 40%.
*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

En el caso de los cursos cuyo contenido estaba orientado a técnicas de laboratorio, se destacaron los trabajadores técnicos (30,6%)[25] y los de otras profesiones asistenciales[26] (18,2%) por encima de los porcentajes a nivel general (7,1%). Asimismo, en los cursos relacionados con técnicas de diagnóstico se destacaron los técnicos (50,8%) y los médicos (26,3%) por encima de los valores totales (18,2%). Los cursos orientados a la capacitación en oficios fueron referidos principalmente por los trabajadores de servicios (25,2%)[27]. Por último, basta señalar que los cursos orientados a la capacitación en salud y trabajo fueron realizados por el 20% de los trabajadores, y alcanzaron una mayor proporción entre los trabajadores de enfermería (34,1%).

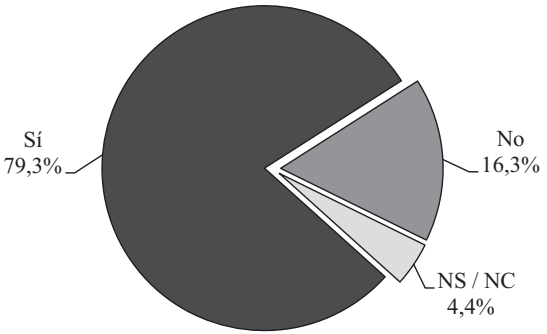
Al preguntar: "¿La participación en esos cursos tuvo alguna influencia en su práctica profesional o laboral?", se observó que el 79,3% de los trabajadores reconoció que sí (Figura 68).

25 - Estimación con coeficiente de variación mayor al 20%.

26 - Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

27 - Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.

Figura 68. Distribución porcentual de la influencia de los cursos de capacitación en las prácticas de trabajo de los trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC: No sabe / No contesta.

El análisis de esta pregunta por categoría ocupacional evidenció que el porcentaje de respuestas afirmativas fue mayor entre los médicos (90,4%), los trabajadores de otras profesiones no asistenciales (87,5%) y de otras profesiones asistenciales[28] (82,4%). Los trabajadores de enfermería (75,7%), los técnicos (70,2%), administrativos (65,6%) y de servicios (55,3%) presentaron porcentajes más bajos en comparación con el porcentaje total de respuestas afirmativas (79,3%).

Inserción institucional

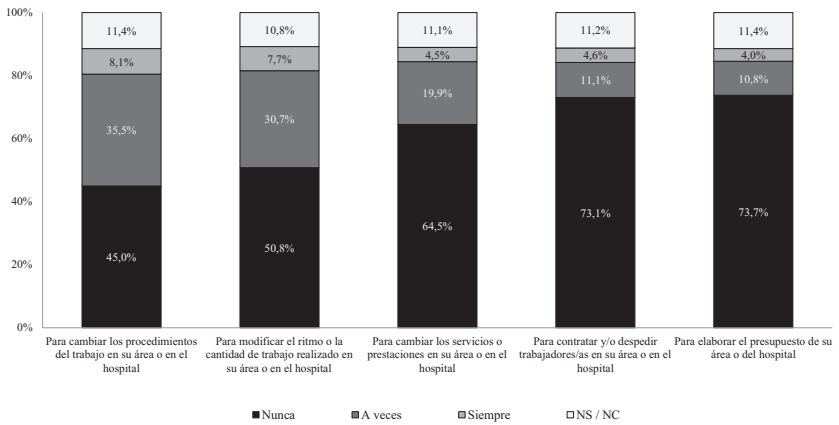
Otra dimensión considerada como parte del análisis de las condiciones de empleo, es el nivel de participación que tienen los trabajadores en el hospital. De esta manera se indagó en el nivel de injerencia en la toma de decisiones y en las supervisiones, en referencia a las posibilidades que tienen los trabajadores de influir en la velocidad, cantidad, orden, método y pausas de su trabajo, así como también la posición que ocupan en la estructura organizativa de la institución. Ello permite abordar desde otro punto las condiciones de empleo. En este sentido, consideramos que no tener injerencia alguna en las decisiones, en tanto son impuestas sin consulta, colocaría a los trabajadores en una situación de mayor precariedad en sus condiciones de empleo y trabajo.

La Figura 69 presenta la frecuencia (nunca, a veces o siempre) con que los trabajadores están involucrados o son consultados acerca de diferentes decisiones.

28 - Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

En ella se observa que la mayoría de los trabajadores nunca están involucrados o son consultados en las decisiones sobre: elaboración de presupuestos (73,7%), contratar y/o despedir trabajadores (73,1%) y cambiar los servicios o prestaciones de su área u hospital (64,5%) (Figura 69).

Figura 69. Distribución porcentual sobre la frecuencia de la influencia de los trabajadores en la toma de decisiones a nivel institucional de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

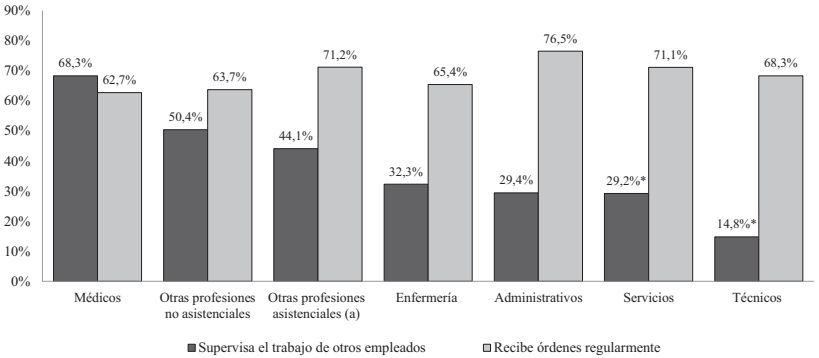


Fuente: Elaboración propia.
NS / NC: No sabe / No contesta.

Con el fin de profundizar en el análisis de las relaciones jerárquicas por categoría ocupacional, edad y sexo, se preguntó a cada trabajador: "Como parte de su trabajo, ¿usted supervisa el trabajo de otros empleados o les dice a otros/as qué trabajo tienen que hacer?", "¿Usted recibe órdenes regularmente de alguna persona como jefe/a, supervisor/a, capataz, etc.?"

El análisis por categoría ocupacional destacó que quienes en mayor porcentaje supervisan el trabajo de otros empleados son los médicos (68,3%), al mismo tiempo también son estos quienes en menor porcentaje refieren recibir órdenes (Figura 70). En contraposición, el 14,8% de los técnicos realiza tareas de supervisión de otros empleados y el 76,5% de los administrativos recibe órdenes (Figura 70).

Figura 70. Porcentaje de trabajadores por categoría ocupacional que supervisan o reciben órdenes en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

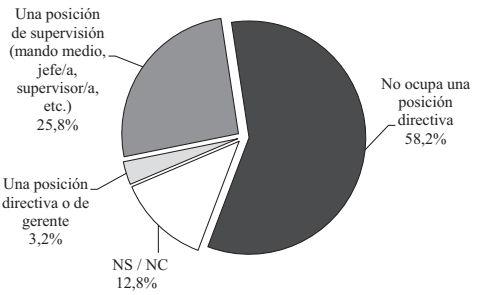


Fuente: Elaboración propia.
*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

El análisis por grupos de edad y sexo mostró que las tareas de supervisión fueron mayores entre los trabajadores varones (50,4%) y entre los trabajadores de 50 a 59 años de edad (49,6%). En cambio, la recepción de órdenes fue mayor entre las mujeres (67,7%) y entre los trabajadores de 30 a 39 años (72,7%).

En relación con la posición que ocupan los trabajadores en la estructura organizativa del hospital, la Figura 71 muestra que más de la mitad de los trabajadores no ocupa una posición directiva (58,2%).

Figura 71. Distribución porcentual de la posición que ocupan dentro del hospital los trabajadores de los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC: No sabe / No contesta.

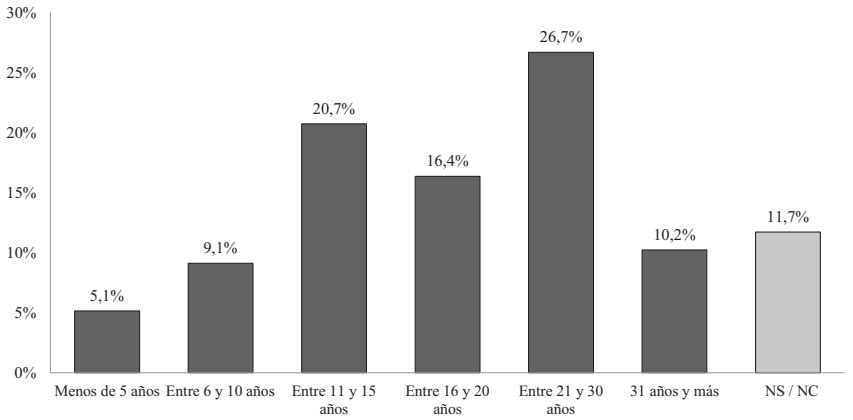
Condiciones de empleo

Tal y como se mencionó en la introducción del presente módulo, abordaremos las condiciones de empleo en cuanto un producto de las políticas que regulan el mercado de trabajo en salud (Amable, 2006). Asimismo, analizaremos los tipos de contratos laborales, la distribución de ocupaciones o profesiones en el interior del hospital, así como la historia laboral de los trabajadores y la distribución de doble empleo por ocupación, sexo y edad en la población estudiada. Dentro de las dimensiones que hacen a la situación laboral de los trabajadores de la salud se preguntó: "En el trabajo que usted tiene en este hospital, ¿qué tipo de contrato de trabajo tiene?". Los resultados de esta pregunta evidenciaron que el 42,6% los trabajadores refirió estar incluido en la ley de la Carrera Profesional Hospitalaria (Ley 10.471), el 40,7% en la ley de escalafón no profesional (Ley 10.430), el 9,1% refirió no saber qué tipo de contrato tiene y el 7,6% no contestó..

Las políticas neoliberales en la década del noventa, introdujeron profundas transformaciones en el mercado laboral. Para indagar en algunas de las consecuencias que tuvieron dichas políticas en el mercado de trabajo en salud, profundizamos en la historia laboral de los trabajadores. Con la finalidad de recuperar la trayectoria de las condiciones de empleo de los trabajadores de la salud se realizaron una serie de preguntas orientadas a la historia laboral en términos de antigüedad laboral, situaciones de desempleo y primer trabajo.

En relación con la antigüedad laboral se preguntó "¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este hospital?". Así, la Figura 72 describe, en rangos de cinco años, la antigüedad laboral en el hospital para el total de los trabajadores. En ella se observa que el 20,7% tiene una antigüedad entre 11 y 15 años, el 16,4% entre 16 y 20 años, el 26,7% entre 21 y 30 años y el 10,2% 31 años y más. Por lo tanto, el 74% de los trabajadores tiene más de diez años, 36,9% más de 20 años y un 10,2% más de 30 años de antigüedad en su hospital.

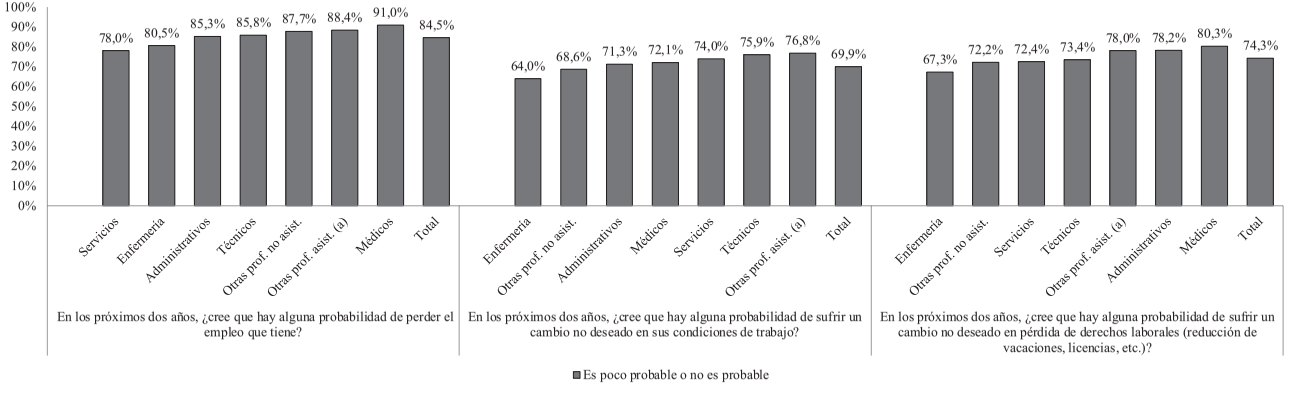
Figura 72. Distribución porcentual de la cantidad de años trabajados en el hospital en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

En el marco de las relaciones contractuales, se realizaron una serie de preguntas orientadas a la percepción de inestabilidad laboral en los trabajadores de nuestra población de estudio. La Figura 73 presenta el porcentaje de trabajadores que, con relación a cada una de las afirmaciones planteadas sobre inestabilidad, refiere que "es poco probable o no es probable" dicha situación. Los resultados son presentados a nivel total y por categoría ocupacional. Los porcentajes totales muestran que la mayoría de los trabajadores, cree que en los próximos dos años "es poco probable o no es probable" perder el empleo (84,5%), sufrir la pérdida de derechos laborales (74,3%) o sufrir un cambio no deseado en sus condiciones de trabajo (69,9%) (Figura 73).

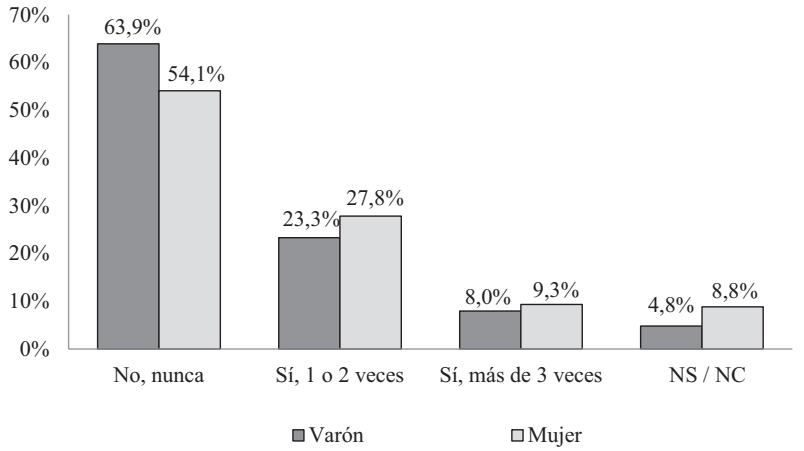
Figura 73. Porcentaje de trabajadores por categoría ocupacional que cree que "es poco probable o no es probable" que en los próximos dos años haya alguna probabilidad de perder el empleo, sufrir un cambio no deseado en sus condiciones de trabajo o perder derechos laborales a nivel total en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

En relación con situaciones de desempleo previas se preguntó: "Antes de su actual trabajo, ¿alguna vez usted estuvo desempleado/a durante al menos un mes?", ante lo cual el 57,1% de la población estudiada nunca lo estuvo, mientras el 35,3% lo estuvo al menos una vez. El 7,6% no contestó esta pregunta. El análisis por sexo evidenció que las situaciones de desempleo previas a su trabajo en el hospital fueron mayores entre las mujeres que entre los varones (Figura 74).

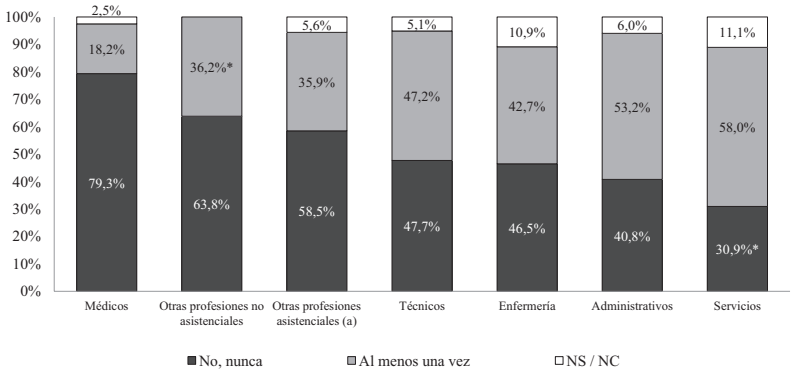
Figura 74. Distribución porcentual por sexo sobre la situación de desempleo, durante al menos un mes antes de su trabajo actual en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Al profundizar en dichas situaciones de desempleo –antes de su trabajo en el hospital– se observó que los trabajadores de servicios (58,0%) y los administrativos (53,2%) fueron las ocupaciones donde la mayoría refirió haber estado desempleado al menos una vez (Figura 75).

Figura 75. Distribución porcentual por categoría ocupacional sobre la situación de desempleo –durante al menos un mes, antes del empleo actual– en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.
*Estimación con coeficiente de variación mayor al 20%.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

Al continuar profundizando en la historia laboral de la población estudiada, se preguntó: "Su actual empleo en este hospital, ¿es su primer trabajo?" lo cual solo se da en el 26,4% de los trabajadores, mientras que el 67,4% restante de los trabajadores ha tenido ya otra experiencia previa. El análisis por categoría ocupacional no mostró grandes diferencias.

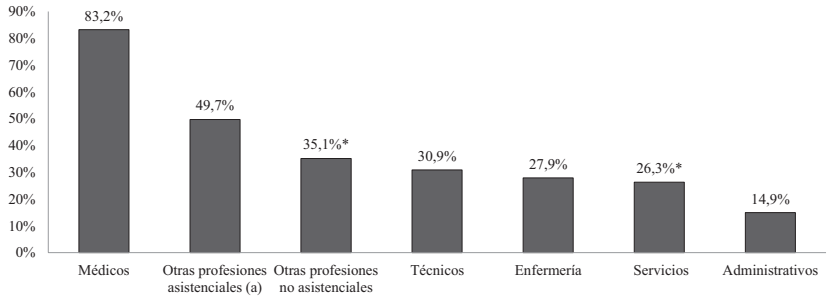
Pluriempleo

La aplicación de las políticas neoliberales y la incorporación cultural de los principios de la sociedad de riesgo (Beck, 1998) generó, entre otras consecuencias, el incremento del pluriempleo entre los trabajadores, principalmente en los profesionales (OPS/OMS, 2012). Asimismo existen varios motivos para pensar que este tipo de políticas y sus implicaciones, entre ellas el pluriempleo, afectan negativamente a la salud de los trabajadores. No obstante, se observa poco desarrollo teórico y empírico sobre el tema (OPS/OMS, 2012). Es en este contexto que decidimos introducir diversas preguntas orientadas a la presencia de más de un empleo como parte del análisis de las condiciones de empleo en los trabajadores de la salud.

Así se preguntó en primer lugar: "Además de este empleo en el hospital ¿usted tiene otro trabajo remunerado?". Los resultados destacan que el 45,0% de los trabajadores tiene otro empleo remunerado además de su trabajo en el hospital, un 44,7% no lo tiene y un 10,3% no sabe, no contesta.

No obstante, al analizar la pregunta anterior por categoría ocupacional se observó que el porcentaje de trabajadores con otro empleo además del que tiene en el hospital ascendía al 83,2% entre los médicos y al 49,7% entre los trabajadores de otras profesiones asistenciales (Figura 76). El personal administrativo (14,9%) fue la ocupación que en menor porcentaje refirió tener otro empleo (Figura 76). El análisis por sexo y edad destacó que son los varones (65,0%) y los trabajadores entre 40 y 49 años (49,7%) quienes en mayor porcentaje refirieron tener otro trabajo remunerado.

Figura 76. Porcentaje por categoría ocupacional de trabajadores que tienen un segundo empleo remunerado, además del que poseen en el hospital comprendido entre los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
* Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%.
(a) Incluye trabajadores y asistentes sociales, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos, odontólogos, entre otras profesiones asistenciales.

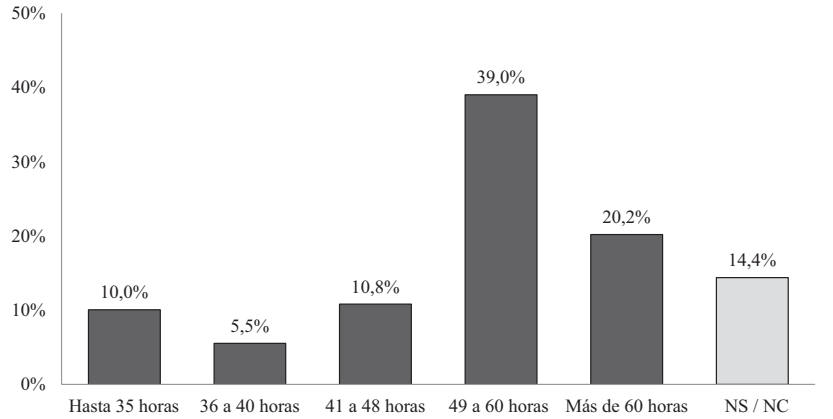
A los trabajadores que refirieron tener otro empleo se les preguntó: "¿Cuál de los dos empleos considera usted como el principal?" La mayoría (54,6%) de los trabajadores considera que su principal empleo es el que tiene en ese hospital.

Ante la pregunta: "¿A qué sector pertenece el establecimiento, centro o empresa en la que tiene su segundo empleo?", la mayoría de los trabajadores (54,2%) lo tiene en el sector privado. El 61,4% de los médicos refiere que su segundo trabajo remunerado pertenece al sector privado. Este porcentaje es mayor entonces, que el referido por el total de trabajadores de la salud (54,2%) para la misma variable.

A los trabajadores que refirieron tener un segundo empleo, además de su trabajo en el hospital, se les preguntó por la cantidad de horas trabajadas en la semana. Así, se preguntó: "En total, entre ambos empleos, ¿cuántas horas en promedio trabaja a la semana?" Los resultados de esta pregunta se presentan en la Figura 77, donde se observa la distribución porcentual del promedio de horas trabajadas por semana, en ella se destaca que el 39,0% de los trabajadores refirió un promedio de 49 a 60 horas

semanales y el 20,2% refirió más de 60 horas de trabajo por semana en promedio (Figura 77).

Figura 77. Distribución porcentual del promedio de horas trabajadas por semana sumando todos los empleos en trabajadores de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.



Fuente: Elaboración propia.
NS / NC = No sabe / No contesta.

Al analizar las diferencias por sexo del porcentaje de los trabajadores que refirió una jornada laboral superior a las 48 horas semanales se encuentra que fue mayor entre los varones (63,0%) en comparación con el porcentaje referido entre las mujeres (56,1%)

Los datos antes presentados abren la puerta a nuevos interrogantes en relación con las condiciones de empleo y trabajo: ¿basta con tener un contrato estable –en el marco de una ley– para que estén garantizadas las condiciones de empleo justas? El análisis de las múltiples dimensiones de las condiciones de empleo abordadas en este módulo, da cuenta de diversas situaciones de precariedad laboral en los hospitales estudiados, a la vez que muestran diferencias por categoría ocupacional, sexo y edad. La precariedad laboral corresponde a un constructo multidimensional que no solo considera la inestabilidad del empleo y/o las características de los contratos de trabajo, sino que contempla una forma de relación con el mundo laboral y social que es mucho más amplia que la simple relación contractual (Amable, Benach y González, 2001; Amable, 2006). En este sentido, los datos presentados muestran que los trabajadores de la salud de la población estudiada, pese a tener contratos estables, presentan condiciones precarias en algunas de sus dimensiones.

Del análisis de las variables que contempla la dimensión micro o intersubjetiva se desprende que existen ocupaciones –entre las que se encuentran el personal de enfermería, los administrativos, el personal de servicios y los técnicos– con mayor precariedad en sus condiciones de empleo. También muestran condiciones de empleo más precarias las trabajadoras mujeres y los jóvenes puesto que son estos grupos los que refirieron mayores porcentajes de percepción de situaciones de vulneración y menor posibilidad de ejercer los derechos laborales. Con respecto al derecho a la representación gremial y a la capacitación, se observan distribuciones semejantes por categoría ocupacional, sexo y edad. En el caso particular de los médicos, se observó una mayor participación gremial, en discusiones con sus compañeros sobre las condiciones de trabajo y en la realización de cursos de capacitación.

El nivel de injerencia en la toma de decisiones es otro aspecto de las condiciones de empleo que muestra una distribución heterogénea entre ocupaciones y destaca nuevamente a los médicos como el grupo de menor precariedad para esta variable. Así, se observa que son los médicos quienes en mayor porcentaje supervisan el trabajo de otros empleados, a la vez que son quienes en menor porcentaje refieren recibir órdenes. Estos datos, además, refuerzan la descripción de la estructura hospitalaria que realiza Mintzberg (2001), al ser los médicos quienes mayor pertenencia tienen al núcleo operativo de la Burocracia Profesional.

A partir de los resultados de esta investigación se destaca desde la percepción de los trabajadores la existencia de una relación contractual estable, como también las bajas probabilidades de perder el empleo, y de sufrir una pérdida de derechos o cambios no deseados en sus condiciones de trabajo. Sin embargo, al indagar sobre situaciones de desempleo previas se observa que un 35,3% de la población estudiada vivió este tipo de situación al menos una vez. Asimismo, las mujeres, los administrativos y los trabajadores de servicios son los grupos con mayores porcentajes de historia de desempleo.

Las políticas neoliberales implementadas en el mundo del trabajo, desde fines del siglo pasado, han provocado un deterioro de las condiciones de empleo y trabajo en el campo de la salud (Novick, Galin, 2003). La aplicación de estas políticas en el campo de la salud generó, entre otras consecuencias, el incremento del pluriempleo entre sus trabajadores, principalmente en los profesionales (OPS/OMS, 2012). El trabajo a tiempo parcial o la reducción de salarios son algunas de las situaciones facilitadas por este tipo de políticas (OPS/OMS, 2012). A su vez, la viabilidad del pluriempleo se sustentó en el desarrollo de un mercado "dual" que complementa mejores salarios y condiciones de trabajo, en el sector privado, con protección social y otros beneficios, en el sector público (OPS/OMS, 2012).

Por otro lado, el análisis de la jornada laboral, entre los trabajadores que refirieron tener más de un empleo, evidenció que la mayoría de estos supera las 48 horas

de trabajo en la semana, situación que se encuentra por encima de los límites legales. Asimismo, también se observó que son los trabajadores de otras profesiones no asistenciales, los mayores de 49 años y los varones quienes presentaron los porcentajes más altos.

Los datos presentados en este estudio, ponen de manifiesto que algunas consecuencias de las políticas neoliberales de los noventa todavía están vigentes. En el sector salud continúan arraigadas condiciones precarias de empleo pese a la estabilidad contractual; el aumento de las jornadas laborales más allá de lo permitido por la ley y el pluriempleo, reafirman lo antedicho. Existen varios motivos para pensar que estas condiciones de empleo podrían afectar negativamente a la salud de los trabajadores.

Conclusiones

Las formulaciones anteriores y los resultados presentados de esta investigación se estructuraron sobre la forma que le imprimieron el campo y la propia investigación, enlazándolos, determinandolos. Este movimiento constituye a su vez los ejes sobre los cuales se organiza la presentación de estas reflexiones finales.

El perfil epidemiológico de los trabajadores de la salud es poco conocido por la escasez de datos e información producidos al respecto lo que dificulta la operacionalización de medidas e indicadores. Sin embargo, la huella que deja el campo aparece intensamente concentrada en cuestiones relacionadas con el campo de la salud mental, de la cual el síndrome de *burnout* constituye su expresión más citada. Así los actores en el campo buscan implementar estrategias para redefinir el trabajo en escenarios marcados por la corrosión del carácter y la erosión de los sentidos del trabajo (Sennett, 2000). Contrapuesto a este movimiento de retracción, otro es el andarivel recorrido por los hospitales caracterizados por necesidades cada vez mayores de incorporar gente para desarrollar los procesos de trabajo en la producción de cuidado.

Esta lógica resulta evidente cuando se analiza la evolución de los ocupados en las instituciones públicas de salud en los últimos 10 años, la cual ha tenido una tendencia creciente con una variación porcentual de 11,7% entre el IV trimestre de 2003 hasta el IV trimestre del 2009 (Novick, 2012). Por otro lado, esta tendencia vino acompañada de una disminución del 10% del empleo no registrado, y se invirtió así la tendencia del período 1990-2000 (Novick, 2012). Este dato resulta destacable en comparación con una tendencia igualmente creciente de empleo en las instituciones privadas de salud que presentan una variación porcentual de 20,8% entre el IV trimestre de 2003 hasta el IV trimestre del 2009 (Novick, 2012).

Lo central en las organizaciones de salud en el tiempo, es la viabilidad, independientemente de la verdad y la veracidad (Testa, 1997). En buena medida, lo que otorga esa viabilidad, es la recuperación del trabajo en el centro de nuestras interrogantes, pues implican al trabajador como sujeto y no como recurso humano. Por otro lado, el trabajo en salud tiene por naturaleza al lenguaje que le da forma a las prác-

ticas (el trabajador hace cosas con palabras). Esto es propio del registro simbólico, cuyo momento de realización es, en cuanto relación, y constituye uno de los hechos más frecuentes de la vida cotidiana.

La salud de los trabajadores de la salud tiene una baja jerarquía en las producciones académicas, pero también entre los propios trabajadores. Lo anterior desentona con: la importante proporción que los trabajadores de la salud representan de la población económicamente activa (PEA), entre un 6% y un 7% para Latinoamérica –no muy lejos del 7% que representan solo los trabajadores de hospitales en Europa (Novick, 2012)–; los intereses en juego implicados en las reformas de atención con foco en los hospitales que movilizan discusiones intensas; un campo que produce valores materiales y simbólicos y que gasta en Argentina en los últimos años el 10% del producto bruto interno, aproximadamente unos 40.000 millones de dólares; y un proceso de trabajo con alto valor social. Todas esas caracterizaciones contrastan con la cuasi nula producción de conocimiento sobre la salud de los trabajadores de la salud o bien el encierro y parcelación de ese conocimiento en determinadas categorías ocupacionales o sectores de servicios especializados en los hospitales que muchas veces más que problematizar buscan victimizar al trabajador.

Los hallazgos de esta investigación y las conclusiones no sorprenden y en general coinciden con la literatura del tema y las vivencias del equipo de investigación. Un poco más de la mitad de los médicos (51,6%) reconoce que no tiene el tiempo suficiente para tener un buen diálogo con los pacientes. El 59,7% reconoce que la falta de tiempo hace que no dediquen el espacio que desearían a cada paciente. El trabajo construye al sujeto trabajador, en la medida que, él mismo, con su trabajo, puede transformar modos de andar en la vida y en dicho proceso transformarse a sí mismo. Lo cual no siempre se sabe o se tiene en cuenta.

Las relaciones entre la salud y las diferentes dimensiones de los procesos de trabajo que hacen al trabajo en salud es un desafío, no tanto por su opacidad, sino por los efectos y el impacto social que estas problematizaciones implican. Estas dimensiones objetivas y cuantificables, en categorías y conceptos consistentes que pueden ser aplicados para el estudio de la salud de los trabajadores, tales como los riesgos biológicos, físicos o químicos y la noción de nexo epidemiológico causal, están bien claras. Tal es el caso del 65,7% de los trabajadores que identificaron la manipulación de agujas como condiciones de exposición a sustancias nocivas. El abordaje causal como modelo explicativo es fácilmente operacionalizable, sin embargo, poderosamente restrictivo a una sola dimensión. Se hace necesario incorporar una multiplicidad de otras dimensiones, y articularlas creativamente con otros abordajes para producir conocimientos en mayor profundidad.

Las implicancias de estos conocimientos, a primera vista de base teórica, son por el contrario prácticas; en tanto que los métodos representan posibilidades de transformación social y política (Sartre, 2004). Existe importante evidencia empírica acumulada sobre el papel desempeñado por las organizaciones gremiales en la reducción de los indicadores de accidentes materializados en la gestión de la salud y seguridad ocupacional (*Occupational Health and Safety*) en los espacios de trabajo (*Trade Union Congress*, 2011). Los resultados de esta investigación y el conocimiento producido, constituyen, por un lado un esfuerzo por reorganizar un conjunto de temáticas fundamentales para contribuir a las reflexiones de las organizaciones de los trabajadores. Por otro lado, pueden funcionar como un insumo relevante en el momento de las discusiones en el marco de las negociaciones colectivas de trabajo y las propuestas referentes a las temáticas de salud y seguridad ocupacional.

Este trabajo de investigación señala de manera indiciaria, las posibilidades de recuperar un camino de producción de conocimiento en el que la Argentina mantuvo una reconocida relevancia en la investigación científica, en particular en el campo de la salud pública. La experiencia del IMT ya mencionada, con Mario Testa como decano de la Facultad de Medicina sirve de antecedente en especial a la articulación entre organizaciones gremiales y sociales y la academia. Así, la salud del trabajador es importante no solo por el hecho de producir descripciones acabadas y explicaciones plausibles de las historias, conquistas y desafíos de los trabajadores (no se trata de una defensa corporativa), sino por el compromiso con la salud de los trabajadores que desde lo público, atienden en general a los más desiguales.

Por ello, en la interpretación de los resultados y su traducción en propuestas, es central la importancia de las microprácticas de trabajo, en tanto espacio situacional donde el trabajador de la salud desarrolla su proceso de trabajo, el modo de evitar la victimización del trabajador y por lo tanto su inmovilidad (Merhy, 2006; Huertas, 2006; Campos, 2006; Kosik, 1988).

El elevado valor simbólico que los trabajadores atribuyeron al momento de responder el extenso cuestionario indica ese camino. Por ejemplo, en algunas situaciones fue necesario acompañar a los trabajadores por las dificultades encontradas para el llenado de la encuesta, o bien la ocasión en que un chofer de ambulancia comentó: - "!Qué bueno! Nunca nadie me había preguntado por esto". El dato no puede pasar desapercibido en una población de estudio donde el 69,6% de los trabajadores tiene un rango de edad entre 40 y 59 años y entre todas las categorías ocupacionales el 31,9% tiene grado de estudios universitario.

Todo lo apuntado, permite señalar una alta identificación de los resultados principalmente, del módulo III con lo que fue planteado en el estado del arte respecto

del campo de la salud y la propuesta del TOGG (Trabajo, Organización, Gestión y Gobierno) (Spinelli 2010), en particular a los momentos de T y O. Sin embargo, en la verificación empírica no siempre fue clara la distinción jerarquizada del trabajo como base de la organización, lo que tiene relación con las dinámicas propias del campo social, antes que con distinciones conceptuales. De esta manera, la secuencia invertida de GGOT (Gobierno, Gestión, Organización y Trabajo) en contraposición al TOGG, no es excluyente, ambas funcionan como lógicas facilitadores y estratégicas en un proceso de acumulación de fuerzas institucionales en el tiempo (Spinelli, 2010).

Una reflexión más específica merece la comprobación empírica del hospital como burocracia profesional, puesto que quiebra con el modo habitual de pensar a las instituciones. Las mismas son concebidas como estructuras verticales (pirámide), dominadas por la racionalidad (a través de organigramas con misiones y objetivos institucionales). Esta lógica interpela la percepción de los trabajadores con respecto al papel del diálogo y el conocimiento como insumo para el trabajo cotidiano. Esas respuestas reclaman un sujeto-trabajador que opera con lógicas comunicativas que contradicen el diseño de una organización pensada con verticalidad y racionalidad. Así, la burocracia profesional se despliega en toda su complejidad conceptual mostrando su forma opaca (sujeto comunicativo) y transparente (racionalidad y vertical organizativa). Esto vuelve a recolocar el trabajo humano en el centro del problema, en tanto se hace necesario profundizar en la comprensión de las relaciones entre trabajo y subjetividad focalizadas no solamente en la lucha contra el sufrimiento, sino en sus posibilidades creativas o emancipatorias. Esta discusión enriquecería las problematizaciones del trabajo en los servicios de salud, sin por ello desjerarquizar la realidad de precarización presente en todas las dimensiones del trabajo (Bourdieu, 1998) y expresada en otras categorías ocupacionales, tales como los servicios tercerizados, residentes y/o concurrentes, entre otros. En definitiva, las posibilidades emancipatorias del trabajo en una organización son una construcción, antes que la consecuencia y efecto de alcanzar objetivos institucionales.

Es interesante destacar que para el conjunto de las categorías ocupacionales estudiadas hubo una menor referencia a hechos de violencia que contradice el imaginario de las sensaciones de violencia en las instituciones de salud y goza de amplificada recepción por diversos medios periodísticos.

Estudios como el presente, demuestran la importancia de producir información sobre la salud de los trabajadores. Los sistemas de información en salud en Argentina, todavía están lejos de alcanzar el estándar deseado, que pueda contribuir a producir información adecuada en materia de salud de los trabajadores. En este sentido, otros estudios sobre los sistemas de información en la región sobre esta po-

blación, plantean las dificultades de conocer los efectos de los cambios en la salud por la baja calidad de los datos y el bajo desarrollo de los mismos (Eijkemans, Takalaa, 2005; Choi, Eijkemans y Tennassee, 2001). Las informaciones producidas de forma sistemática, facilitarían su uso para la toma de decisiones involucradas en el establecimiento de medidas destinadas al control de agentes de riesgo para la salud y por lo tanto mejorarían las condiciones de salud. Esto es, permitirían desarrollar un sistema de vigilancia en salud de los trabajadores con la necesidad de extenderla a los trabajadores informales, deuda pendiente de esta investigación y realidad patente del campo de la salud y el tema de la salud de los trabajadores.

En términos académicos, este trabajo constituye un primer producto subsidiario de trabajos de tesis y artículos que aborden aspectos más específicos o recortes de la investigación marco para profundizar distintas dimensiones de la investigación no suficientemente tratadas en esta publicación. En buena medida, el estímulo para desarrollar estudios de validación de los instrumentos utilizados en los estudios de salud del trabajador es un desafío para la academia y una invitación a las políticas públicas en la doble perspectiva de promover tanto la producción de tecnología aplicada como un diálogo ampliado con la sociedad.

El propósito de esta publicación no es el de construir "una" verdad, sino la de desencadenar un proceso de discusiones acerca de la salud de los trabajadores de la salud, alejado de una lógica biomédica, para recuperar al interior del campo de la salud, las dimensiones del trabajo, del diseño organizacional, de los vínculos y de la vida institucional. Esperamos que dichos propósitos se vean favorecidos con la lectura de esta publicación y la discusión del tema en los lugares de trabajo.

Bibliografía

Abramzón M. (2005). Argentina: recursos humanos en salud en 2004 [Internet]. Buenos Aires: OPS/OMS [citado 17 sep 2012]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdrrhh_dist%20geografica/pdf/ARHenS62.pdf.

Alazraqui M, Diez Roux AV, Fleischer N, Spinelli H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. Cadernos de Saúde Pública. 25(9):1990-2000.

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. (2006). Sistemas de información en salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cadernos de Saúde Pública. 22(12):2693-2702.

Almeida MCV, Cezar-Vaz MR, Soares JFS, da Silva MRS. (2012). Prevalência de doenças musculoesqueléticas entre trabalhadores portuários avulsos. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. [citado 10 oct 2012];20(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/05.pdf.

Almeida-Filho N. (2000). La epidemiología del modo de vida. En: La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Almeida-Filho N. (2011). O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amable M, Benach J, González S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. Archivos de Prevención y Riesgos Laborales [Internet]. [citado 23 sep 2013];4(4):169-184. Disponible en: www.scsmt.cat/Upload/TextComplet/2/0/203.pdf.

Amable M. (2006). La precariedad laboral y su impacto en la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España [tesis de doctorado]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.

Antunes R. (2000). La centralidad del trabajo hoy. Papeles de Población [Internet]. [citado 13 sep 2012];25:83-96. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202505.

Antunes R. (2001). ¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre la metamorfosis y centralidad del mundo del trabajo. São Paulo: Cortez Editora.

Antunes R. (2006). El caracol en su concha: Ensayo sobre la nueva morfología del trabajo. Herramienta [Internet]. [citado 3 sep 2012];(31). Disponible en: http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-31/el-caracol-y-su-concha-ensayo-sobre-la-nueva-morfologia-del-trabajo.

Araujo-Alvarez JM, Trujillo-Ferrara JG. (2002). De morbis, artificum diatriba: 1700-2000. Salud Pública de México. 44(4):362-270.

Artieda L, Beloqui A, Lezaun M. (2005). Cohorte poblacional de trabajadores expuestos a amianto: Navarra 1999-2004. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. [citado 15 oct 2012]; 28(3):335-344.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28n3/original2.pdf.

Ase I, Burijovich J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud Colectiva [Internet]. [citado 15 oct 2012];5(1):27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n1/v5n1a03.pdf.

Assunção AA, Jackson Filho JM. (2011). Transformações do trabalho no sector saúde e condições para cuidar. En: Assunção AA, Brito J, compiladores. Trabalhar na saúde: experiencias cotidianas e desafíos para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz. p.43-65.

Assunção AA. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. En: Minayo Gómez C, Huet Machado JM, Lopez Pena PG, organizadores. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz. p.453-478.

Beck U. (1998). La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós.

Berliner HS. (1975). A larger perspective on the Flexner Report. International Journal Health Services. 5(4):573-592.

Bertranou FM, Paz JA. (2007). Políticas y programas de protección al desempleo en Argentina [Internet]. Buenos Aires: OIT [citado 11 oct 2012].
Disponible en: http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/pro/pro025.pdf.

Bhutta ZA. (2002). Ethics in international health research: a perspective from the developing world. Bulletin of the World Health Organization. 80:114-20.

Bialet Massé J. (2010). Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas. La Plata: Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. Volumen I y II.

Biasi N. (2011). La accidentalidad laboral en la Argentina desde una perspectiva de género y actividad económica [Internet]. Buenos Aires: SRT-Instituto de Estudios Estratégicos y Estadísticas [citado 3 sep 2012].
Disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/informes/2011/2011_SexoEdad.pdf.

Bonanni P, Bonaccorsi G. (2001). Vaccination against hepatitis B in health care workers. Vaccine [Internet]. [citado 3 sep 2013];19(17-19):2389-2394.
Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11257366.

Borsboom D, van Heerden J, Mellenbergh GJ. (2003). Validity and truth. Internal Report. Department of Psychology: University of Amsterdam.

Bourdieu P. (1998). A Precariedade está hoje por toda parte. En: Contrafogos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 119-127.

Breilh J. (2007). Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bruce DL, Eide KA, Smith NJ, Seltzer F, Dykes M. (1974). A prospective survey of anasthesiologist mortality, 1967-1971. Anesthesiology [Internet]. [citado 28 sep 2012];41(1):71-74. Disponible en:
http://pdfs.journals.lww.com/anesthesiology/1974/07000/A_Prospective_Survey_of_Anesthesiologist.17.pdf.

Campos GWS. (2006). Gestión en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Campos GWS. (2009). Método paideia: análisis y co-gestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Campos GWS. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. [citado 1 ago 2012];15(5):2337-2344.
Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf.

Cárcoba A, compilador. (2007). La salud no se vende ni se delega, se defiende: El modelo obrero. Madrid: GPS.

Carrillo R. (1949). Política Sanitaria Argentina. Tomo II. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Carrillo R. (1951). Plan Sintético de Salud Pública (1952-1958). Dirección de información parlamentaria del Congreso de la Nación [Internet]. Buenos Aires [citado 25 jun 2012]. Disponible en:
http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/dg.109.05.00-1.pdf.

Carrillo R. (1974). Discurso de S.E. Ministro de Salud Pública Doctor Ramón Carrillo en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo. En: Medicina del Trabajo al servicio de los trabajadores. Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires. p. 21-29.

Carvalho AB, Arcuri ASA, Bedrikow B, Augusto LGS, Oliveira LCC, Bonciani M, Kato M, Gramacho M, Freitas NBB, Novaes TCP, et al. (1995). Benzeno: subsidios técnicos à Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho (SSST/MTB). São Paulo: FUNDACENTRO.

Cascante JA, Hueto J. (2005). Tuberculosis como enfermedad ocupacional. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. [citado 15 oct 2012];8(Supl 1):S107-S115. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28s1/original13.pdf.

Contrera-Moreno L, Contrera-Moreno MI. (2004). Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. [citado 31 ago 2012];57(6):746-749. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a24.pdf.

Coriat B. (1987). Taylorismo, fordismo y nuevas tecnologías en los países semiperiféricos. [Entrevista]. Cuadernos del Sur. (5):61-79.

Council for International Organizations of Medical Sciences. (2008). Ethical Guidelines for Epidemiological Studies. [Internet]. Ginebra: CIOMS/WHO [citado 5 agosto 2011]. Disponible en: http://www.ufrgs.br/bioetica/cioms2008.pdf.

Cronbach LJ, Meehl P. (1955). Construct validity in psychological tests, Psychological Bulletin. 52(4):281-302.

Crozier M, Friedberg E. (1990). El actor y el sistema: las restricciones de la acción colectiva. México DF: Alianza.

Chadwick E. (1843). Report on the sanitary condition of the labouring class [Internet]. [citado 6 jun 2012]. Disponible en: http://ia600202.us.archive.org/5/items/reportonsanitary00chaduoft/reportonsanitary00chaduoft_bw.pdf.

Choi BCK, Tennassee LM, Eijkemans GJM. (2001). Developing regional workplace health and hazard surveillance in the Americas: Special Report. Pan American Journal of Public Health. 10(6): 376-381.

Chorny AH. (1997). Gerencia estratégica de servicios de salud. Rosario: Instituto de La Salud Juan Lazarte.

Dachs JNW. (2002). Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. Ciência & Saúde Coletiva. 7:641-657.

Dal-Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat ALB. (2009). Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud: Con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos [Internet]. Ginebra: OMS [citado 2 sep 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf.

De la Garza Toledo E. (1999). ¿Fin del trabajo o trabajo sin fin? En: Castillo JJ, editor. El trabajo del futuro. Madrid: Editorial Complutense. p 13-41.

De la Garza Toledo E. (2000). La formación socioeconómica neoliberal. México DF: Editora Plaza y Valdez.

De La Garza Toledo E. (2010). VI Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo. Cuadernos del CENDES [Internet]. [citado 6 sep 2012];27(73):203-206. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40316008010.

De Souza CS, Lima da Silva JL, Antunes Cortez E, Schumacher KP. Moreira RCS, De Almeida Nilson T. (2011). Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital. Enfermería Global [Internet]. [citado 12 oct 2012];10(23):251-263. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/revision1.pdf.

Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2006). Indicadores básicos. Argentina 2006 [Internet]. Buenos Aires: MSAL-OPS/OMS [citado 26 sep 2012]. Disponible en: http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2006.pdf.

Dobb M. (1983). Teorías del valor y de la distribución desde Adam Smith. México: Siglo Veintiuno Editores.

Domínguez Fernández JM, Padilla Segura I, Domínguez Fernández J, Martínez Bagur M, Ortega Martín G, García Espejo M, Moreno Varela A. (2012). Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. Medicina y Seguridad del Trabajo [Internet]. [citado 23 nov 2012]; 58(227):117-127.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n227/original4.pdf.

Dwyer T, Elgstran K, Petersson N. (2010). Summary and reflections. En: OSH Needs in developing countries. OSH and Development [Internet]. [citado 23 ago 2012];(10):97-106. Disponible en: http://www.ima.kth.se/utb/MJ2693/pdf/Kaj.pdf.

Eijkemans GJM, Takala, J. (2005). Moving knowledge of global burden into preventive action. American Journal of Industrial Medicine. 48(6):1097-0274.

Elfring T. (1988). Service sector employment in advanced economies: A Comparative Analysis of its Implications for Economic Growth. Aldershot: Gower Publishing Company Limited.

Engels F. (1965). La situación de la clase obrera en Inglaterra. Buenos Aires: Editorial Futuro.

Epelman M, Meyrialle P, Novik M, Piccinini A, Rodríguez C. (1988). Salud y trabajo. En: IIº Jornadas de Atención Primaria de la Salud [Internet]. Buenos Aires [citado 31 ago 2012]. Disponible en:
http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a22.pdf.

Ferrite S. (2009). Epidemiologia da perda auditiva em adultos trabalhadores [Tesis de Doctorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia.

Fink V, Laufer N, Fonio S, Figueroa M, Rolón M, Cando O, Pérez H, Cahn P. (2005). Profilaxis post-exposición ocupacional: experiencia en un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires. Actualizaciones en SIDA [Internet]. [citado 28 sep 2012];13(50):119-125. Disponible en: http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd1367.pdf.

Fleury S, Vasconcelos Costa Lobato L, organizadoras. (2009). Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes.

Fleury S. (1999). Reforma del Estado en América Latina ¿hacia dónde? La Segunda Generación de Reformas del Estado. Nueva Sociedad. 160:58-80.

Fleury S. (2008). Construcción de sujetos políticos y ciudadanos. En: Fleury S, Subirats J, editores. Respuestas locales a inseguridades globales. Innovación y cambios en Brasil y España. Barcelona: Fundación CIDOB. p.401-443.

Flexner A. (1910). Medical education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Forrester V. (1997). El horror económico. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault M. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educación Médica y Salud. 12(1):20-35.

Foucault M. (2011). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. 2ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Franco TB, Merhy EE. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. 7(1)9-20.

Galasso N. (2003). Peronismo y Liberación Nacional (1945-1955). Cuadernos para la Otra Historia [Internet]. Buenos Aires [citado 27 jun 2012]. Disponible en:
http://discepolo.org.ar/files/peronismo_liber_nac.pdf.

García JC. (1988). La categoría trabajo en la Medicina. En: II Jornadas de Atención Primaria de la Salud [Internet]. Buenos Aires [citado 30 ago 2012]. Disponible en: http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a23.pdf.

García L, Höfelmann D, Facchini L. (2010). Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 26(5):971-980.

Gibbs GW, Berry G. (2008). Mesothelioma and asbestos. Regulatory Toxicology and Pharmacology. 52:223-231.

Giddens A. (1987). Las nuevas reglas del método sociológico. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gobierno de Chile. (2011). Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Equidad, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS): Informe Interinstitucional. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral.

Godio J. (2000). Historia del movimiento obrero argentino (1870-1910). Tomo I. Buenos Aires: Corregidor.

Goldberg D, Williams P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson.

Gollac M, coordinador. (2010). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser: Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. [Internet]. Paris: Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé [citado 12 oct 2012]. Disponible en: http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.

González Bollo H. (2004). La cuestión obrera en números: la estadística sociolaboral en la Argentina y su impacto en la política y en la sociedad, 1895-1943. En: Otero H, compilador. El mosaico argentino: Modelos y representaciones del espacio y la población, 1850-1991. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gorz A. (1982). Adiós al proletariado (más allá del socialismo). Barcelona: El Viejo Topo.

Gorz A. (2003). Miserias del presente, riqueza de lo posible. Buenos Aires: Paidós.

Gramsci A. (1999). Cuadernos de la cárcel. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Ediciones Era; 1999.

Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG. (1983). Drug abuse by anesthesia personnel. Anesthesia & Analgesia. 62(5):467-472.

Guillemin F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scandinavian Journal of Rheumatology. 24:61-63.

Gutiérrez Henríquez M, Flores Rivera C, Monzó Eyzaguirre J. (2010). Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos en funcionarios de centros hospitalarios que realizan manejo de pacientes y caracterización de potenciales factores de riesgo. Ciencia y Trabajo [Internet]. [citado 12 oct 2012];12(38):447-453. Disponible en: http://www.cienciaytrabajo.cl/v2/pdf/C&T38.pdf.

Habermas J. (2009). Ciencia y tecnología como "ideología". 6a ed. Madrid: Tecnos.

Haidar V. (2008). Trabajadores en riesgo: Una sociología histórica de la biopolítica de la población asalariada en la Argentina (1890-1915). Buenos Aires: Prometeo.

Hernández Díaz A, González Méndez BM. (2007). Alteraciones auditivas en trabajadores expuestos al ruido industrial. Medicina y Seguridad del Trabajo [Internet]. [citado 12 oct 2012];53(208):9-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v53n208/original2.pdf.

Hooten WM, Bruce BK. (2011). Beliefs and attitudes about prescribing opioids among healthcare providers seeking continuing medical education. Journal of Opioid Management. 7(6):417-424.

Huertas F. (2006). Planificar para gobernar: El método PES: Entrevista a Carlos Matus. San Justo: Universidad Nacional de La Matanza.

Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. (1992). Resident physician substance use, by specialty. American Journal of Psychiatry [Internet]. [citado 25 sep 2012]; 149(10):1348-1354. Disponible en: http://www.epi.msu.edu/janthony/requests/articles/Hughes_Resident%20Physician%20Substance.pdf.

Hutchinson A, Bentzen N, Konig-Zanhn C. (1997). Cross cultural health outcome assessment: a user's guide. Groningen: European Research Group on Health Outcomes.

Idárraga M, Acevedo M, Ramírez R. (2001). Gerencia de los procesos administrativos. En: Toro Restrepo JE. Hospital y empresa. San Vicente de Paúl, Colombia: Editor Julio Ernesto Toro.

Idler EL, Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of Health and Social Behavior. 38:21-37.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (2003). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración de España.

International Labour Office (ILO). (2011). Introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health [Internet]. Istanbul [citado 31 ago 2012]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_162662.pdf.

Iñiguez MJI. (2010). La salud de los trabajadores argentinos: Una aproximación desde las condiciones de empleo y trabajo [Tesis de maestría]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra [citado 6 sep 2012]. Disponible en:
http://www.upf.edu/cisal/_pdf/TFM_Majo_Ixiguez.pdf.

Jackson M, Ashley D. (2005). Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. [citado 30 ago 2012]; 18(2):114-121. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n2/27143.pdf.

Jungerman F, Palhares-Alves HN, Carmona MJC, Conti NB, Malbergier A. (2012). Abuso de fármacos anestésicos por parte de los anestesiólogos. Revista Brasilera de Anestesiología [Internet]. [citado 27 ago 2012];62(3):375-386. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n3/es_v62n3a10.pdf.

Kalimo R, El-Batawi MA, Cooper CL (compiladores). (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud [Internet]. Ginebra: OMS [citado 15 ago 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9243561022_spa.pdf.

Katz J, Muñoz A. (1988). Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires: CEPAL, Siglo Veintiuno Editores.

Kosik K. (1988). Dialéctica de los concreto. México DF: Grijalbo. (Colección Enlace).

Krieger N. (1999). Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. International Journal of Health Services. 29(2):295-352.

Laclau E, Mouffe C. (2010). Hegemonía y estrategia socialista: Hacia una radicalización de la democracia. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Lancman S, Mângia EF, Gonçalves RMA, Jardim TA. (2011). Violência no trabalho e saúde mental en um serviço de pronto atendimento hospitalar. En: Assunção AA, Brito J, organizadores. Trabalhar na saúde: experiencias cotidianas e desafíos para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.111-130.

Laurell AC. (1978). Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos [Internet]. [citado 30 abr 2012];(17):59-79. Disponible en: http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.17/17.7.AsaCristina.pdf.

Laurell AC. (1984). Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. Cuadernos Políticos [Internet]. [citado 17 may 2012];(41):63-83. Disponible en: http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.41/CP41.6AnaCristinaLaurell.pdf.

Lee WR. (1964a). Robert Baker: the first doctor in the factory department. Part I. 1803-1858. British Journal of Industrial Medicine [Internet]. [citado 10 may 2012]; 21:85-93. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1038329/.

Lee WR. (1964b). Robert Baker: the first doctor in the factory department. Part II. 1803-1858. British Journal of Industrial Medicine [Internet]. [citado 10 may 2012]; 21:85-93. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1038352/?tool=pubmed.

Lipscomb HJ, Loomis D, McDonald MA, Argue RA, Wing S. (2006). Work and Health Disparities in the United States. International Journal of Health Services. 36(1):25-50.

Lobato Z. (2010). Instituciones laborales, funcionarios y política: notas a partir de un proyecto de investigación. Revista de Trabajo. 6(8):105-116.

López Espinosa G, Yera Alós I, Aparicio Manresa G, Valdés Mora M, Hernández González EM, González Ramírez E. (2005). Asociación entre la contaminación del ambiente laboral y las enfermedades respiratorias en una empresa minera. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. [citado 15 oct 2012]; 21(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n5-6/mgi075-605.pdf.

Marsiglia RM. (2011). Prefacio. En: Assunção AA, Brito J, organizadores. Trabalhar na saúde: experiencias cotidianas e desafíos para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz. p. 9-13.

Martí Boscà JV. (2010). El Instituto de Medicina del Trabajo. Revista de Salud Ambiental. 10(1-2):78-80.

Martin AL, Spinelli H. (2011). Para que el hombre vuelva a cantar mientras trabaja: El Instituto de Medicina del Trabajo (IMT) y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 7(2):177-197.

Martínez González C, Rego Fernández G. (2000). Enfermedades respiratorias de origen ocupacional. Archivos de Bronconeumología [Internet]. [citado 15 oct 2012]; 36:631-44. Disponible en: http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=40&ident=13129.

Marx K. (1971). El Capital. Tomo I. Moscú: Editorial Progreso.

Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology. 52:397-422.

Mazzanti Di Ruggiero MÁ. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. [citado 23 dic 2011];6(1):125-144. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032009.

Mendes R, Costa Dias E. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública [Internet]. [citado 27 abr 2012];25(5):341-349. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n5/03.pdf.

Mendes-Gonçalves RB. (1988). Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. Brasilia: OPS/OMS. (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, N 6).

Menéndez E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos. XVI(46):37-67.

Menéndez E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 1(1)9-32.

Merhy EE. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mészarós I. (2002). Para alem do capital. Rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Editorial Boitempo.

Minayo MCS, Souza ER, organizadores. (2010). Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial. Rio de Janeiro: Editora Garamond.

Minayo MCS, Thedim-Costa SMF. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública. 13(2):21-32.

Minayo MCS. (2004). Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Minayo MCS. (2005). Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida. Salud Colectiva. 1(1):69-78.

Ministerio de Salud de la Nación. (2006). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: Documento resultados [Internet]. [citado 10 jul 2012]. Disponible en: http://msal.gov.ar/htm/Site/ennys/site/default.asp.

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación [citado 17 abr 2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/fesp/index.php/recursos/publicaciones.

Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral. (2011). Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010) [Internet]. Chile [citado 27 sep 2013]. Disponible en: http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/01/Informe-Encuesta-ENETS-2009-2010.pdf

Mintzberg H, Quinn JB. (1993). El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos. 2a ed. México DF: Prentice Hall Hispanoamericana.

Mintzberg H. (2001). La burocracia profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo.

Muñoz Poblete CF, Vanegas López JJ. (2012). Asociación entre puesto de trabajo computacional y síntomas musculoesqueléticos en usuarios frecuentes. Medicina y Seguridad del Trabajo [Internet]. [citado 12 oct 2012]; 58(227):98-106. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n227/original2.pdf.

Naclerio A. (1998). Las innovaciones tecnológicas: aspectos conceptuales y modelos [Internet]. Buenos Aires: Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnología, Trabajo y Empleo (PIETTE). [citado 18 sep 2012]. Disponible en: http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/06/ib6naclerio.pdf.

Neffa JC, Oliveri ML, Persia J, Trucco P. (2010). La crisis de la relación salarial: naturaleza y significado de la informalidad, los trabajos/empleos precarios y los no registrados. Empleo, Desempleo y Políticas de Empleo [Internet]. [citado 14 sep 2012];(1). Disponible en: http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/03/1crisisrelsalarial.zip.

Neffa JC. (1999). Crisis y emergencia de nuevos modelos productivos [Internet]. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). [citado 14 sep 2012]. Disponible en: http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/clacso/retos/neffa.pdf.

Neffa JC. (2001). Presentación del debate reciente sobre el fin del trabajo. En: Neffa JC, De la Garza Toledo E, compiladores. El trabajo del futuro, el futuro del trabajo. Buenos Aires: CLACSO.

Neffa JC. (2002). ¿Que son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una perspectiva. Buenos Aires: Hvmanitas.

Noriega M, Gutierrez G, Méndez I, Pulido M. (2004). Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. [citado 2012 nov 27]; 20(5):1361-1372. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/31.pdf.

Noriega M. (1995). La realidad latinoamericana frente a los paradigmas de investigacion en salud laboral. Salud de los Trabajadores. 3(1):13-20.

Novick M, Galin P. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización de empleo: El caso del sector salud. En: OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones [Internet]. [citado 20 nov 2012] Disponible en:
http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub58.pdf.

Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattela M, Re A. (1986). Ambiente de trabalho: A luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec.

Offe C. (1985). Disorganised Capitalism. Cambridge: Policy Press.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (1984). Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención [Internet]. Ginebra: OIT-OMS [citado 10 ago 2013]. Disponible en: http://www.ergonomia.cl/eee/Biblioteca/Entradas/2010/7/7_OIT_OMS_Factores_Psicosociales_en_el_Trabajo_files/FPS-OIT-OMS.pdf.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1995). Población y desarrollo: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo [Internet]. El Cairo, Nueva York; ONU [citado 20 jul 2012]. Disponible en:
http://www.unfpa.or.cr/images/stories/docs/libro-principios-cpj.pdf.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2008). Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses: Revisión 2 [Internet]. [citado 19 jul 2012] Series M No. 67/Rev.2. Disponible en:
http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/docs/P&R_Rev2.pdf.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2003). La seguridad en cifras: sugerencias para una cultura general en materia de seguridad en el trabajo [Internet]. Ginebra: OIT [citado 31 ago 2012]. Disponible en:
http://www.ilo.org/legacy/english/protection/safework/worldday/report_esp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). El Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud. [Internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [citado 10 may 2012] Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/es/index.html.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Estadísticas sanitarias mundiales 2011 [Internet]. Ginebra: OMS [citado 10 oct 2012] Disponible en:
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2001). La higiene ocupacional en América Latina: una guía para su desarrollo [Internet]. Washington DC: OPS/OMS [citado 31 ago 2012]. Disponible en:
http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehhigiene.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Washington DC: OPS/OMS.

Osorio C, Rotenberg L, de Arújo TM, Soares R. (2011). En: Assunção AA, Brito J, compiladores. Trabalhar na saúde: experiencias cotidianas e desafíos para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz. p. 83-111.

Ospina E. (2008). Reflexiones sobre el Modelo Obrero Italiano. Entrevista a Ivar Oddone. Revista 5 /Instituto Laboral Andino (ILA) [Internet]. 4 feb 2008 [citado 10 may 2012]: Sec. Entrevista. Disponible en:
http://test.cta.org.ar/IMG/pdf/Entrevista_IVAR_ODDONE.pdf.

Paim JS. (2008). Modelos de atenção á saúde no Brasil. En: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz. p.547-573.

Paravic Klijn T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. Ciencia y Enfermería [Internet]. [citado 31 ago 2012];10(2):53-65. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n2/art07.pdf.

Paredes O, Sanabria-Ferrand P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Med [Internet]. [citado 31 ago 2012];16(1):25-32. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91016105.

Partido Socialista. (1896). Primer manifiesto electoral del Partido Socialista en 1896. [Internet] Archivo de documentos históricos [citado 19 abr 2012]. Disponible en:
http://archivohistorico.educ.ar/content/primer-manifiesto-electoral-del-partido-socialista.

Pasos de Oliveira R, Oliveira Nunes M. (2008). Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. Saúde e Sociedade [Internet]. [citado 20 oct 2012];17(4):22-34. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/04.pdf.

Patrick DL, Sittampalam Y, Somerville SM, Carter WB, Bergner M. (1985). A cross-cultural comparison of health status values. American Journal of Public Health. 75:1402-1407.

Perón JD. (1974). Discurso del excelentísimo señor presidente de la Nación, General Don Juan Domingo Perón en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo. En: Medicina del Trabajo al servicio de los trabajadores. Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires. p. 13-20.

Pichon-Rivière E. (1997). Obras Completas. Buenos Aires: Nueva Visión.

Posenato García L, Facchini LA. (2009). Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care. Occupational Medicine [Internet]. [citado 28 sep 2012]; 59:107–113. Disponible en: http://occmed.oxfordjournals.org/content/59/2/107.full.pdf+html.

Possas C. (1989). Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec.

Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. (2003). Sharps injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers [Internet]. Geneva: World Health Organization [citado 3 dic 2012]. Disponible en:
http://www.who.int/entity/quantifying_ehimpacts/publications/en/sharps.pdf.

Recalde H. (1988). La higiene y el trabajo 1 (1870-1930). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Recalde H. (2010). Prólogo. En: BialetMassé J. Informe sobre el estado de las clases obreras argentinas. La Plata: Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.

Reis de Souza K, Falleiros I. (2011). Confluências de uma trajetória crítica das relações saúde, trabalho e direito: para uma práxis educativa em saúde do trabalhador. En: Vasconcellos LCF, Barros de Oliveira MH. Saúde, Trabalho e Direito. Uma trajetória crítica e a critica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam.

Rifkin J. (2002). El fin del trabajo: Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Buenos Aires: Paidós.

Ritzer G. (2002). La Mac Donalización de la Sociedad. Barcelona: Ariel.

Robles J. (2009). Historia del movimiento obrero y del sindicalismo en Argentina [Internet]. Buenos Aires: Confederación de Educadores Argentinos [citado 19 abr 2012]. Disponible en: http://www.trabajo.gov.ar/downloads/formacionSindical/Historia%20del%20Movimiento%20Obrero%20y%20del%20Sindicalismo%20en%20la%20Argentina.pdf.

Rodríguez CA, Ulanovsky C. (1987). El trabajo es salud, lo que enferma es la condición laboral: Entrevista con el doctor Carlos Aníbal Rodríguez. Clarín. 5 abr 1987: Sec. Opinión:22-23(col.1-4).

Rodríguez CA. (2005). La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Rosecrance JC, Ketchen KJ, Merlino LA, Anton DC, Cook TM. (2002). Test-retest reliability of a self-administered musculoskeletal symptoms and job factors questionnaire used in ergonomics research. Applied Occupational and Environmental Hygiene [Internet]. [citado 1 sep 2012]; 17(9):613-21. Disponible en:
http://dx.doi.org/10.1080/10473220290095934.

Rosen G. (2005). De La policía médica a la medicina social. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Sá MC, Carreteiro TC, Fernandes MIA. (2008). Representações sobre a população em um hospital de emergencia. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. [citado 20 nov 2012]; 24(6):1334-1343. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/14.pdf.

Sabolo Y. (1975). The service industries. Geneva: International Labour Office.

Salas Zamora G. (2005). El nuevo dilema del derecho laboral: acoso psicológico y moral en el trabajo. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. [citado 13 nov 2012]; 22(2):55-74. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152005000200005&script=sci_arttext.

Samaja J. (2004). Epistemología de la salud: Reproducción social, subjetividad y transdiciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Santana VS. (2012). Empleo, condiciones de trabajo y salud [Editorial]. Salud Colectiva. 8(2):101-106.

Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. (2007). Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Cadernos de Saúde Pública. 23:2533-54.

Sartre JP. (2004). Crítica de la razón dialéctica: De la praxis individual a lo práctico inerte (Tomo I). Buenos Aires: Losada.

Sennett R. (2000). La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama.

Spinelli H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 6(3):275-293.

Spinelli H. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. Salud Colectiva. 8(2):107-130.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). (2010a). Informe anual de accidentabilidad laboral 2010 [Internet]. Buenos Aires: SRT [citado 28 ago 2012]. Disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/anuario/2010.pdf.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). (2010b). Serie histórica – Indicadores globales: Casos notificados (todos los casos) según sector económico. Período 1996-2010 [Internet]. Buenos Aires: SRT [citado 28 ago 2012]. Disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/series/si/Serie_historica%20-%20Indicadores_globales%5Bincluye_accidentes_in_itinere%5D.xls.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). (2010c). Boletín anual por provincia – Buenos Aires - 2010 [Internet]. Buenos Aires: SRT [citado 11 oct 2012]. Disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/provincia/01_pba/2010/2010si/index.htm.

Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT). (2012). Serie histórica según provincia: Trabajadores cubiertos según provincia. Julio 1996 - Abril 2012 [Internet]. Buenos Aires: SRT [citado 12 oct 2012]. Disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/series/co/Serie_historica%20-%20Segun_provincia.xls.

Symonds TL, Burton AK, Tillotson KM, Main CJ. (1996). Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? Occupational Medicine [Internet]. [citado 1 sep 2012];46:25–32. Disponible en: http://occmed.oxfordjournals.org/content/46/1/25.short.

Testa M, Osores Soler A, Saiegh R. (1973). Mesa Redonda: para que el hombre cante. Ciencia Nueva: Revista de Ciencia y Tecnología. 3(26):3-7.

Testa M. (1997a). Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Testa M. (1997b). Análisis de Instituciones Hipercomplejas. En: Merhy E, Onocko R, organizadores. Praxis en Salud: un Desafío para lo Público. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 11-70.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodriguez MA, Paniz VV, Teixeira VA. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 24(Supl 1):S193-S201.

Trade Union Congress. (2011). How unions make a difference to health and safety: The union effect [Internet] OSD/Health and Safety [citado 29 sep 2013]. Disponible en: http://www.tuc.org.uk/sites/default/files/tucfiles/union_effect_2011.pdf.

Tratados Hipocráticos. (1997). Sobre los aires, aguas y lugares; sobre los humores; sobre los flatos; predicciones I; predicciones II; prenociones de cos. Vol. II. Madrid: Gredos.

Ugalde A, Homedes N. (2011). Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio. Salud Colectiva. 7(2):135-148.

Ulloa F. (1995). Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Paidós.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2005). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. [Internet]. Paris: UNESCO [citado 5 ago 2011]. Disponible en: http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/.

Urquía M. (2006). Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Remedios de Escalada: Ediciones de la UNLa.

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. Tha Lancet. 374:1714-1721.

Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF 36): I Conceptual framework and item selection. Medical Care. 30(6):473-483.

Warley E, Desse J, Szyld E, Silva Nieto F, Cetani S, Pereyra N, De Luca A, Gurtman A. (2006). Exposición ocupacional al virus de hepatitis C. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. [citado 28 sep 2012];66(2):97-100. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v66n2/v66n2a01.pdf.

Weed DL. (1997). Underdetermination and Incommensurability in Contemporary Epidemiology. Kennedy Institute of Ethics Journal. 7(2):107-124.

Wehle B. (1999). Trabajo, inclusión y exclusión social: De la globalización de la economía a la globalización de la pobreza. Nueva Sociedad [Internet]. [citado 26 sep 2012];6(164):82-94. Disponible en:http://www.nuso.org/upload/articulos/2813_1.pdf.

Werner AF. (2000). Occupational health in Argentina. International Archives of Occupational and Environmental Health. 73:285-89.

World Medical Association (WMA). (2000). Declaration of Helsinki [Internet]. Helsinki: OMS [citado 5 ago 2011]. Disponible en: http://www.who.int/bulletin/archives/79(4)373.pdf.

Wright EL, et al. (2012). El abuso de opiáceos entre enfermeras anestesistas y anestesiólogos. American Association of Nurse Anesthetists Journal. 80(2):120-128.

9 789275 318133

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas