

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



CARRERA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA DEL TRABAJO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

“FATIGA, ESTRÉS Y LAS RELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS SUBDIMENSIONES DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL CENTENARIO”

Cómo afecta su formación profesional la dinámica de salud-trabajo-enfermedad.



Hospital Provincial Del Centenario- Facultad de Ciencias Médicas.

Alumna: Erica Lina S. Hummel, Cohorte 2015-2016.

Directora de la carrera : Dra. Silvia Aiello.

Tutora: Dra. Fabiola Dabat.

ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
• Planteamiento del problema	5
• Objetivos	5
FUNDAMENTACION.....	7
• Otras dimensiones.....	9
• Las relaciones intersubjetivas: instrumentos básicos del trabajo en salud.....	11
• Cuando la salud está en juego.....	12
ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA.....	16
MARCO TEORICO.....	19
•Definición de salud.....	24
• Definición de trabajo.....	27
•Primeras aproximaciones a la problemática de salud y trabajo.....	31
•La determinación social de la relación trabajo y salud.....	32
•El neoliberalismo: crisis del estado, el trabajo y los trabajadores. Nuevas formas de trabajar y vivir.....	33
•Neoliberalismo y flexibilización laboral.....	34
• El trabajo en la sociedad del riesgo.....	36
• Trabajo y salud: interfaces en debate.....	37
•Categoría procesos peligroso.....	40
•Manifestaciones tempranas.....	41
• Riesgos y exigencias.....	41
MARCO HISTÓRICO.....	42
MARCO JURIDICO.....	43
CYMAT.....	53
MAPA DE RIESGO CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA	54
DIAGRAMA DE FLUJO QUIROFANO.....	58
DIAGRAMA DE FLUJO UNIDAD CORONARIA.....	59
MATERIALES Y MÉTODOS.....	60
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	64
CONCLUSIÓN.....	70
PROPUESTAS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	77

INTRODUCCIÓN

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

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, la 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.

Se trabajó con un concepto amplio de salud, más allá de lo biológico y de la enfermedad, para lo cual 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 constructores teóricos desarrollados en cada caso, tales como riesgos psicosociales y condiciones y/o exigencias del trabajo. Para la elaboración de propuestas de cambio en estas organizaciones es necesario que el trabajo y el trabajador tengan un rol central, por eso el propósito de este trabajo de investigación es problematizar la relación Salud-Trabajo-Enfermedad en los trabajadores de la salud, específicamente en los médicos residentes, y su relación con otras dimensiones que de manera directa o indirecta hacen a la identidad como persona y como trabajador de una institución pública que brinda un servicio.

La investigación tuvo un primer momento donde se organizó la presentación y definición del marco conceptual, básicamente centrada en una revisión bibliográfica con particular énfasis en la identificación de estudios que abordasen las relaciones Salud-Trabajo- Enfermedad; fatiga y trabajo. Como resultado de ese momento se elaboró un

instrumento que fue aplicado en la recolección de datos bajo una forma auto-administrada.

El trabajo de campo se extendió durante el año 2017. Tomando como universo de estudio a trabajadores del Hospital Provincial del Centenario. Las categorías ocupacionales incluidas fue la de profesionales en formación de la especialidad de los Servicios seleccionados de Clínica Médica, Cirugía general, Traumatología, Tocoginecología y Cardiología.

Planteamiento del problema.

El trabajo cotidiano en las complejas organizaciones de salud que son los hospitales tienen características propias que las distinguen de otras organizaciones y que sustentan 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.

En la Argentina y en particular en la ciudad de Rosario, 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 de los niveles de exposición a factores de riesgo psicosociales y de vulnerabilidad, como en cuanto a problemas de salud percibidos y traducidos como fatiga y estrés, y otras dimensiones presentes en la relación Salud-Trabajo.

Esta investigación se propuso responder a la pregunta: ¿Cuál es la situación de salud de los médicos en formación de la especialidad, y cómo afecta el estrés, la fatiga, los factores psicosociales de riesgo y las condiciones y medioambiente de trabajo en dicha situación?; recortando el objeto de estudio al Hospital Público Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario.

Objetivos

Los objetivos planteados para la tarea investigativa son los siguientes:

- 1) Realizar un estudio exploratorio de fatiga, riesgos psicosociales y condiciones y medio ambiente de trabajo del médico residente.

- 2) Analizar los niveles de fatiga en un colectivo de Médicos Residentes en formación de la especialidad en el Hospital Provincial del Centenario.
- 3) Analizar los niveles de fatiga encontrados en relación a los factores psicosociales y las exigencias que derivan del trabajo del médico residente.

FUNDAMENTACIÓN

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 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 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).

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 -esto se encuadra en lo que Mintzberg (2001) define como “Burocracia Profesional”-, 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 reestructuraciones 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).

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 N° 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.

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).

Se 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 redundante en el sufrimiento, así como en el desgaste físico y psíquico, del trabajador, con repercusiones concretas para su salud.

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.

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 y los riesgos psicosociales como los principales problemas asociados con el proceso de trabajo en salud (Assunção, 2011; OPS/OMS 2012; 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 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, acoso 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. El origen del término 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 descrito por primera vez en 1974 por el psicólogo estadounidense H. Freudenberger¹⁶, 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 amplia variedad de riesgos asociados a las particularidades del trabajo en salud.

Problemáticas como el pluriempleo, la precarización laboral para algunas ocupaciones y grupos etarios, 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).

ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

La residencia es un periodo para adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para ejercer como especialista, pero también es un buen momento para adquirir buenos hábitos y estilos de vida, conocimiento del entorno sanitario, aprender a gestionar las emociones o incorporar herramientas para afrontar los riesgos psicosociales a los que los médicos se enfrentan en el ejercicio de su profesión.

Esta investigación tiene una mayor representatividad, un muestreo multicéntrico y una metodología longitudinal, que permitirá analizar la causalidad entre variables en diferentes lugares y momentos del tiempo. También incluye nuevas variables como los factores individuales relacionados con la personalidad o con acontecimientos vitales que puedan afectarles.

El período de la residencia supone una época marcada por la presencia de numerosos estresores que incluyen la carga de trabajo, el reto de alcanzar un elevado nivel de formación, afrontar la relación médico-paciente y otros aspectos como trabajar en organizaciones complejas, aprender a trabajar en equipo, asumir responsabilidades, hacer guardias, etc.

Estas dificultades actúan como factores de riesgo para sufrir trastornos y agotamiento emocional y para adquirir hábitos de vida poco saludables.

Los trastornos depresivos y ansiosos son los indicadores más visibles en los estudios epidemiológicos y es sabido que ambos suelen ser más prevalentes en poblaciones de profesionales médicos.

El síndrome de agotamiento emocional o burnout está muy relacionado con los trastornos del estado de ánimo. Se trata de un estado de agotamiento vital crónico caracterizado por síntomas emocionales y físicos de cansancio y desencanto respecto del trabajo y de la profesión. Se asocia con el estrés laboral mantenido a lo largo del tiempo. El agotamiento emocional es muy frecuente en la profesión médica y durante el período de residencia.

El estado emocional y los trastornos mentales son consecuencia de la interacción de múltiples factores, tanto de riesgo como protectores, que interactúan de forma compleja.

Por lo tanto, al analizar el impacto de la actividad formativa en la salud mental de los médicos residentes, hay que tener en cuenta numerosas variables extralaborales.

Además, la falta y la alteración del ritmo del sueño que producen las guardias dan lugar a un deterioro del rendimiento.

La calidad de vida (CV) es un concepto que inicialmente provino de las ciencias de la salud y luego se extendió a la sociología y la psicología. Esta incursión interdisciplinar del concepto desplazó otros términos anteriormente usados —y más difíciles de medir— tales como “felicidad” o simplemente “bienestar”. Tanto en los conceptos antiguos como en el de CV, se alude a varios niveles de generalización, entre los que se incluye la sociedad, la economía del país, la economía individual, la comunidad en que se desenvuelve y aspectos del individuo tales como dimensión física, mental y relacional. En efecto, CV es un complejo concepto multidimensional que representa, en definitiva, la autopercepción y valoración que tiene cada ser humano de su propia existencia. Esta percepción y valoración se construyen a partir de una serie de características inherentes a la persona que, conjugadas con sus expectativas y proyecto de vida, dan una resultante que puede acercarse a la noción de calidad de vida. Sobre esta perspectiva, se han formulado escalas e instrumentos de medición que son aplicados para ajustar el ejercicio de la salud. En el marco del personal de salud, la calidad de vida profesional se define como la “experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas. Los primeros enfoques de medición objetiva, realizados en los años sesenta, fueron sociológicos y económicos. Estos enfoques tienen algunas limitaciones porque, aunque se refieren a aspectos objetivos, no reflejan el grado de satisfacción y felicidad que se derivan de los mismos. La interacción con la dimensión subjetiva es, necesariamente, complementaria pero, a su vez, esta aspiración en el terreno de la subjetividad, también tiene los riesgos de una búsqueda de resultados objetivos. Una de las paradojas es que puede darse una situación de baja calidad objetiva y, no obstante, encontrarse niveles de aceptable o incluso alta satisfacción personal. Como quiera que pueda entenderse, lo cierto es que, paradójicamente, los residentes buscan mejorar sus oportunidades laborales y su calidad de vida a largo plazo, mediante los programas de formación de especialistas, periodo en el cual su calidad de vida se ve afectada, al menos durante cinco años. Las dificultades de ingreso

a estos programas, debidas al inmenso número de aspirantes en contraposición a las pocas plazas, favorece que este tipo de espíritu sea una constante en la mayoría de los residentes.

Por último, hay que añadir que los médicos y médicas se encuentran en un periodo formativo en el que se consolidan sus competencias como futuros médicos especialistas. Por lo tanto, constituyen un colectivo significativo para la adquisición de actitudes, conductas y habilidades que les permitan un correcto ejercicio de su profesión en condiciones saludables, especialmente en lo que se refiere al impacto psicoafectivo que comporta en sí misma la tarea asistencial. Es muy importante concienciar a los residentes para que adopten estilos de vida saludables, ya que su rol de ejemplaridad junto a la difusión activa de consejos preventivos puede tener un gran impacto en la población.

MARCO TEÓRICO

Fatiga

La actividad laboral que realiza cotidianamente el trabajador genera fatiga, dando una sensación particular de sí mismo que le indica la importancia del esfuerzo que realiza y los límites que le impone la estructura bio-psíquica al sujeto humano.

Actúa como un regulador de la actividad y no existe ninguna actividad, obligación o juego que no provoque fatiga. Es la que se denomina FATIGA FISIOLÓGICA e impone la necesidad de la pausa y se recupera con el reposo, el sueño y el descanso.

Cuando el sujeto no le presta atención y continúa trabajando, supera el límite de la fatiga fisiológica, apareciendo la FATIGA CRÓNICA.

Los pacientes con síndrome de fatiga crónica (SFC) presentan un cansancio intenso y continuo que no se alivia con el descanso y que no es secundario a ninguna enfermedad.

Existen unos criterios internacionales (criterios de Fukuda et al ,1994) conocidos también como criterios internacionales de síndrome de fatiga crónica (SFC), que incluyen características específicas: Fatiga persistente o intermitente durante más de 6 meses, inexplicada e invalidante, que no sea producto de un esfuerzo excesivo y que no mejore con el descanso. Además, el paciente debe presentar de forma crónica y concurrente a la fatiga cuatro o más síntomas de los relacionados como criterios asociados, que son: Trastornos de concentración o memoria reciente. Odinofagia. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas. Mialgias. Poliartralgias sin signos inflamatorios. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes a la habitual. Sueño no reparador. Malestar post-esfuerzo de duración superior a 24 horas.

La fatiga afecta negativamente funciones tales como:

- Vigilancia
- Alerta
- Coordinación motora
- Procesamiento de la información
- Toma de decisiones

“Somos malos jueces de nuestro propio cansancio”.

Estrés y trabajo médico

El estrés tal y como lo definió Hans Selye, es una respuesta específica y "normal" del organismo a una demanda del ambiente externo. En otras palabras, es una respuesta a cualquier situación física, biológica o psicosocial que el sujeto deba afrontar, de tal forma que el estrés no es el estímulo sino la reacción a éste. Por lo tanto, el estímulo estresante puede generar una respuesta positiva (eustress) o una negativa (distress). Esta última depende de la capacidad del individuo para encontrar los recursos necesarios para hacer frente a una situación de emergencia. Cuando esta capacidad es rebasada puede desencadenar patología psicosomática y/o agotamiento funcional.

En el desempeño cotidiano del trabajo médico existen múltiples factores de riesgo y exigencias, entre los más importantes se encuentran los factores psicosociales que repercuten en la salud mental de estos profesionales debido al estrés que generan. Dichos factores, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, son "interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por una parte y las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, por la otra; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento".

El estrés producido por el trabajo puede ser definido como respuestas físicas y emocionales dañinas, que aparecen cuando las características del trabajo, no corresponden a la capacidad, recursos y necesidades de los trabajadores. Cuando el estrés laboral es crónico, favorece el decremento de la salud, ejerciendo un efecto desencadenante de síntomas de enfermedad y desgaste. Diversos estudios han mostrado que puede ser origen de diversas patologías físicas, tales como las enfermedades cardiovasculares, mentales, depresión o *burnout*

El estrés puede afectar a cualquier grupo ocupacional, algunos presentan una mayor predisposición, tal es el caso de los profesionales de la salud cuyas condiciones de trabajo se caracterizan, entre otras cosas, por una situación de sobrecarga, tensión

emocional, responsabilidad y supervisión excesiva, jornadas laborales extensas, poca disponibilidad de tiempo para relaciones familiares y sociales, además de otros factores del ambiente físico

Factores de riesgo psicosociales

Tal y como ha mostrado la literatura científica, los factores de riesgo psicosocial intrínsecos al trabajo del médico (contacto con el sufrimiento y la muerte, sobrecarga de trabajo, impacto negativo del trabajo en la vida familiar) muestran una influencia negativa sólo sobre 2 dimensiones del síndrome de *burnout* (cansancio emocional y despersonalización). Ello puede explicarse porque estas 2 dimensiones son las más sensibles a los posibles efectos negativos de los factores de riesgo psicosocial específicos del trabajo médico.

Escala de factores de riesgo psicosocial

Factor 1. Contacto con el sufrimiento y la muerte

- Problemas emocionales de los pacientes
- Transmitir malas noticias
- Implicarse en el sufrimiento físico
- Tratar con familiares angustiados, irritados o violentos
- Sentirse incapaz de aliviar los síntomas

Factor 2. Dificultades en la gestión clínica

- No tiene suficiente influencia en la gestión de su servicio u hospital
- Dificultades en sus relaciones con la dirección
- Tener recursos materiales no adecuados
- La experiencia y las habilidades adquiridas no se ponen en práctica
- Sentirse mal pagado
- Tener una plantilla no adecuada
- Amenaza de ser demandado por mala práctica

Factor 3. Responsabilidades en la gestión clínica

- Responsable del bienestar de otros miembros de la plantilla

Responsable de la calidad del trabajo de otros miembros de la plantilla
Dificultades en las relaciones con sus compañeros más jóvenes
Tener conflicto de responsabilidades (p. ej., asistencia frente a gestión)
Asumir más responsabilidades de gestión
Dificultades en las relaciones con el personal administrativo
Incertidumbre respecto a la financiación futura

Factor 4. Sobrecarga de trabajo

Tener sobrecarga de trabajo
Presionado por cumplir con los plazos previstos
Dificultades de tiempo para simultanear actividades
Tener una plantilla no adecuada

Factor 5. Impacto negativo del trabajo en la vida familiar

Alteración de la vida familiar por estar mucho tiempo trabajando
Alteración de la vida familiar por estar de guardia o localizado
Alteración de la vida familiar por llevarse trabajo a casa

Escala de satisfacción laboral

Factor 1. Estímulo intelectual

Estímulo intelectual con la investigación desarrollada
Estímulo intelectual con la actividad docente
Implicarse en actividades que contribuyen al desarrollo de su profesión
Oportunidades para el aprendizaje
Tener un alto nivel de autonomía

Factor 2. Recompensa profesional

Reconocimiento por parte de los compañeros de hacer un buen trabajo
Ser capaz de aportar un cambio positivo en su servicio/hospital
Alto nivel de responsabilidad
Tener buenas relaciones con otros miembros de la plantilla
Tener un trabajo variado

Factor 3. Ausencia de dificultades en la gestión clínica

Recursos materiales adecuados

Plantilla adecuada

Su experiencia clínica se aprovecha completamente

Factor 4. Buenas relaciones con los pacientes y sus familiares

Sentir que se maneja bien con los familiares

Tener buenas relaciones con los pacientes

El campo médico reconoce el carácter contradictorio del trabajo en cuanto a que produce salud y enfermedad, y también el efecto del doble aspecto del trabajo sobre el proceso salud-enfermedad: “la historia demuestra sobradamente cómo la avaricia y la falta de sentido del hombre han brutalizado tanto el trabajo que en lugar de recompensarnos con salud muchas veces nos castiga con enfermedades.

El trabajo es un factor poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo.

Así mismo, puede ser perjudicial cuantitativa y cualitativamente. El trabajo excesivo, que no se compensa en debida forma con descanso y recreo, cansa al organismo y a la mente y abate la resistencia natural del hombre. Los desocupados enferman más frecuentemente, no sólo por su bajo nivel de vida, sino también porque la ociosidad forzada, al trastornar el ritmo de sus vidas, deteriora su equilibrio físico y mental. Surgen de esta forma las enfermedades del desempleo, un fenómeno crónico del capitalismo que se acentúa durante las crisis de sobreproducción.

De lo anterior se desprenden dos conceptos fundamentales: **la salud** y el **trabajo**. Adentrándonos en su análisis.

Definición de Salud.

¿Cómo define la OMS la salud? "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde esa fecha. De esta definición podemos observar como el pensamiento positivista de la época tiene como concepción al hombre como una maquina compuesta por lo biológico, psicológico y social, en el cual sus estructuras gozan de una perfección que fuera de cualquier parámetro de la "normalidad" se podría decir que el individuo se encuentra enfermo; lo único que haremos referencia con el concepto de normalidad es que estaría fuera de toda norma, fuera de toda ley, esto es aplicable a conceptos numéricos, que luego veremos que el sujeto no cumple con esto.

La salud se piensa desde la enfermedad, por lo cual la mirada de la medicina es reconstructiva, se piensa cómo esta máquina está descompuesta, enferma, y por lo cual debe ser reparada. Olvidándose así los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Si desde esta mirada positivista donde el individuo enferma, hay una causa y un efecto, o se podría decir varias causalidades que tienen como resultado desequilibrar este sistema, donde el médico toma una parte de él, lo estudia, analiza, diagnostica, y lo trata.

Lo mencionado anteriormente es lo que se llama la estructura de un sistema que consiste en la disposición espacial de sus partes, componentes o subsistemas, en un momento dado. Pero el hombre no es estático, va cambiando año a año, mes a mes, día a día, minuto a minuto, a lo que podemos llamar configuración, que es una disposición que no es estable ni duradera. Las estructuras completas siempre cambian con el tiempo, por lo tanto no podemos hablar de un desequilibrio en el hombre, que si se encuentra fuera de un parámetro se lo categoriza como enfermo, y si cumple con todas las reglas es un hombre sano, con salud. Por lo cual deberíamos hablar de un proceso, que lo podríamos definir como a cualquier cambio de materia, energía o información en un sistema. Un proceso es también la secuencia temporal de las diversas estructuras de un sistema.

Un médico del siglo pasado conocía perfectamente la fiebre, la diarrea y la tos, al igual que un médico actual; pero, mientras que el primero consideraba que eran procesos dañinos que debía suprimirse como parte del tratamiento, el segundo ha caído en la cuenta de que hay bacterias de genes y delicadas estructuras con las cuales nos causan fiebre, diarrea y tos, gracias a mecanismos (receptores, nervios, centros cerebrales, mediadores químicos) que son productos de años de evolución; por lo tanto ha dejado de considerarlas como parte del ataque y las interpreta ahora como parte de la defensa.

Entonces para el médico moderno, el ser humano no vive en un medio adverso, y no es una cosa sino un proceso, una estación efímera en el complejo metabolismo de una biosfera a la que también debe cuidar, pero no solamente por razones éticas, sino porque, si no lo hace, ese flujo de moléculas del que depende su vida podría llegar a desquiciarse hasta enfermarlo y extinguirlo. De esta manera expuesta parece ser tomado de un punto de vista biologicista, lo que se intenta exponer es que el ser humano desde el principio ha ido evolucionando para poder vivir, desde su composición atómica, pasando por las células, tejidos, órganos, sistemas, sujeto, población, sociedades. Esta enseñanza tramposa de que primero hay individuos y luego sociedades, en realidad comenzamos con una “sociología” fundamental, que jamás dejó de existir ni de operar, y luego nos aislamos en sociedades en las que, así y todo, continúan nuestros intercambios e interdependencias.

Entonces no podemos hablar de salud solamente, ni tampoco de enfermedades, ya que de ambos lados tendríamos una visión reduccionista, sino que deberíamos utilizar el término proceso salud- enfermedad, ya que ambas son las caras de una misma moneda.

El ser humano es complejo, está continuamente en un “estrés”, donde hay cambios continuos, hay relaciones desde dentro de una microestructura hasta una macroestructura. Y dependiendo de cómo estas relaciones se van dando puede llegar a afectar al sujeto y este a su vez tendrá una respuesta ante la situación.

Juan Samaja nos dice: El ser humano como sistema complejo se integra desde el nivel molecular al nivel social en una estructuración de complejidades crecientes, donde cada uno de los niveles inferiores queda contenido, suprimido y superado por el de nivel superior. Esta organización de niveles crecientes no está de hecho aislada sino que está en un permanente juego relacional con el entorno, en ida y vuelta, en una relación en

constante negociación con el ambiente, donde primero que nada están los otros hombres, además cada uno de estos niveles de organización, desde el molecular y mineral hasta el social de complejidad creciente y abarcativa, se encuentra en un constante dialogo.

Refiriéndose a la categoría reproducción social señala que la noción de reproducción implica lógicamente la de modificación y transformación y que esto se debe a dos razones distintas y complementarias.

*Cada ciclo de reproducción es una nueva producción. Nada se reproduce en su mismidad.

*La sociedad humana como conjunto complejo, integra diversos planos de complejidad cuya estabilidad integral depende de una incesante actividad de autoreproducción de cada una de ellas y de la reproducción de sus conexiones entre sí.

Para explicarlo Juan Samaja plantea la existencia de cuatro planos procesales o practicas reproductivas, donde transcurre la reproducción social.

*Una dimensión de prácticas reproductivas biológicas.

*Una dimensión de prácticas reproducción de la conciencia y la conducta.

* Una dimensión de prácticas reproducción economicosocietal.

*Una dimensión de prácticas de reproducción ecológicopolitica.

Breilh nos dice acerca de la categoría de reproducción social: “constituye un sistema multidimensional de contradicciones que abarca, como eje de la determinación, el movimiento dialectico de producción-consumo mediado por la distribución y que incluye también las relaciones político ideológicas que definen las contradicciones entre la organización-autarquía de las clases y la privatización-alienación que las afecta. Estas últimas incorporan un elemento de conciencia y organización, porque la reproducción social aunque está determinada, en últimas instancias, por el movimiento material económico, no se reduce a este sino que incorpora un movimiento de conciencia.

La reproducción social se da en dos ámbitos. Uno la “reproducción simple” que es el ámbito de lo familiar, donde se reproducen biológicamente, construyen su subjetividad y adquieren los primeros elementos de socialización. El segundo ámbito de la reproducción social es la “reproducción ampliada” que es la que se da en el marco de la

sociedad y transcurre fundamentalmente en un conjunto de instituciones que constituyen la sociedad civil y el Estado.

La producción y el consumo son categorías centrales en la definición de las formas de enfermar y morir es necesario insistir en la importancia de considerar los otros aspectos de la vida de las personas que trabajan. La vivienda, alimentación, educación, transporte, recreación y relaciones familiares índice de manera directa en los perfiles de salud o enfermedad.

Las condiciones de trabajo peligrosas para la salud no tienen las mismas implicaciones en grupos laborales que dispongan de una alimentación adecuada en cantidad y calidad, de vivienda con las condiciones mínimas para el reposo, aseo y posibilidades de compartir de manera tranquila con los familiares; que cuenten con la posibilidad de hacer deporte y de compartir la recreación con la familia.

En otras palabras, la salud/enfermedad de los trabajadores hay que entenderla a la luz de las leyes sociales, históricamente determinadas y que tiene expresiones concretas en lo general, en lo particular y en lo singular.

Definición de Trabajo.

Con respecto al segundo concepto, el “trabajo”, se denomina al conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, la solución de un problema o la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas. La palabra, como tal, proviene del latín *tripaliāre*, y esta a su vez de *tripaliūm*. No se sabe cómo pero el término *tripaliūm* acabó teniendo una extraña evolución metonímica (designar una cosa con el nombre de otra con la que guarda una relación de causa/efecto) que la convirtió en el vocablo *tripaliāre*, llegando hasta nosotros como ‘trabajar’. Así pues, ya los antiguos pensaron que eso del trabajo era un suplicio y una penalidad; pero debemos tener muy en cuenta que, en la época en la que se originó, la inmensa mayoría de los que podríamos calificar como trabajadores lo hacían en condiciones infrahumanas o de esclavitud.

El trabajo, como tal, puede ser abordado de varias maneras y con enfoque en diversas áreas, como la economía, la física, la filosofía, la religión, etc.

Muchas personas se preguntan acerca de la diferencia entre trabajo y empleo, y hay quien suele confundir los dos conceptos. El trabajo es una tarea que no necesariamente da al trabajador una retribución económica. El empleo, por su parte, es una posición o cargo que un individuo ocupa en una empresa o institución, donde su trabajo (físico o intelectual) es debidamente remunerado. El concepto de empleo, en este sentido, es mucho más reciente que el de trabajo, pues surgió durante la revolución industrial y se expandió junto con el capitalismo.

Para el marxismo, el valor está determinado por el trabajo que los bienes contienen, y este se mide por el tiempo necesario para producirlo. Según Carlos Marx, sólo el trabajo es lo que posibilita que un bien tenga valor. Con esto quiere decir que hay bienes con un gran valor y cuya obtención ha costado poco trabajo.

En conclusión a mayor tiempo de trabajo corresponde mayor valor e inversamente a menor tiempo menos valor. Por eso, una máquina que tiene una gran productividad proporcionará artículos más baratos, mientras que si el mismo producto es hecho a mano, costará más caro. Marx diferencia lo que es el trabajo y la fuerza de trabajo. Para Marx el trabajo es el esfuerzo realizado para realizar un producto, sea hecho por una máquina o por el hombre, pero es muy diferente a la fuerza de trabajo, ya que la fuerza de trabajo es aquella persona que realiza ese esfuerzo, es decir, el trabajador, obrero o como se quiera llamar, y por lo cual se le paga un salario. Para Marx el salario es el pago del trabajo realizado a la fuerza de trabajo. El trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza; donde el primero media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza.

Momento productivo y momento reproductivo:

El ciclo vital del ser humano atraviesa por dos momentos: el momento productivo y reproductivo. Es en el momento productivo cuando el hombre trabaja, se desgasta de modo integral, se produce como ser y todo esto ayuda a formar la identidad del individuo. Mientras que en el momento reproductivo los sujetos recuperan lo que se desgastó. Esta reproducción es biológica y social.

Dentro de la reproducción social es posible encontrar una forma simple y una ampliada. La reproducción social simple se da en el ámbito familiar donde los sujetos se reproducen biológicamente, utilizan y distribuyen sus recursos y consumen todo lo que

implique una necesidad humana, construyendo así la forma de vivir determinada culturalmente por los seres humanos en un tiempo histórico determinado. La reproducción social ampliada se da en el ámbito de la sociedad y la constituyen un conjunto de instituciones que forman la sociedad civil y el Estado.

Dentro de estos momentos existen procesos protectores y procesos destructivos. Los procesos protectores favorecen las defensas y estimulan una dirección favorable de la vida humana tanto individual como colectiva, dentro de la equidad. Mientras que los procesos destructivos favorecen la inequidad, el deterioro de la vida humana individual y colectiva.

Ambos procesos coexisten en los momentos productivos y reproductivos de ser humano y pueden tornarse en uno u otro dependiendo de las condiciones históricas en la que se desarrolla la colectividad.

Si las condiciones de trabajo son favorables, si el contenido, la organización y la división del trabajo permiten el desarrollo de la creatividad y la libertad del trabajo, si el colectivo de trabajo controla y domina el ritmo del mismo, si la remuneración permite un acceso fácil a los bienes y servicios existentes en ese momento histórico, si el sujeto que trabaja se identifica y reconoce como parte del producto y es valorado socialmente, este colectivo de trabajo va a transitar hacia el **POLO DE LA SALUD**. En caso contrario, y con condicionantes y determinantes desfavorables, el colectivo transitará hacia el **POLO DE LA ENFERMEDAD**.

Todos los procesos de salud-enfermedad-atención con sus procesos protectores y destructivos transcurren en tres dimensiones:

-**SINGULAR:** engloba al sujeto y su familia, estudia los estilos de vida y es terreno de la Clínica.

-**PARTICULAR:** Contiene a los grupos sociales, estudia los modos de vida (condiciones de trabajo, disfrute de bienes de consumo, capacidad de crear valores culturales y reproducirlos, capacidad de organizar acciones en beneficio colectivo, calidad de relaciones ecológicas) y es terreno de la Epidemiología.

-**GENERAL:** Incluye a toda la sociedad en su conjunto estudiando las políticas y los movimientos sociales que allí se producen.

De la inter-relación de los procesos protectores y destructivos en los planos general, particular y singular se determina el perfil epidemiológico.

Se puede determinar así que existen formas típicas y/o singulares de imposición y exposición y de protección para cada grupo social. También señala la direccionalidad de la determinación de lo general a lo singular.

Tal como dice Jaime Breilh: "...el proceso laboral no es en sí mismo ni puramente beneficioso para la salud ni exclusivamente dañino, sus aspectos beneficiosos y sus facetas destructivas, coexisten y operan de modo distinto de acuerdo al momento histórico, al grupo social de pertenencia a la que hagamos referencia". En los centros de trabajo los trabajadores deben enfrentar condiciones específicas, la capacidad de procesarlas depende de las capacidades y soportes de los que puedan hacerse como colectivo de trabajo y de las condiciones de reserva y defensa individuales con las que se vive esa realidad.

Si entendemos al proceso salud/enfermedad como la síntesis de un proceso entre condiciones y valores positivos y negativos que los sujetos enfrentan tanto en el momento productivo como en el momento y en el espacio en el cual reproducen las condiciones materiales y espirituales de su existencia, las nociones básicas que plantea Betancourt adquieren su verdadera dimensión. (Jorge kohen)

El centro laboral es una realidad compleja, donde coexisten y se manifiestan simultáneamente un conjunto de procesos que afectan la salud y potencian las capacidades de los sujetos de realizarse.

Para dar cuenta de esta realidad compleja Betancourt introduce una nueva categoría, la de **PROCESOS PELIGROSOS** y a partir de esta se plantea una nueva forma de clasificación de los procesos peligrosos, diferente a la tradicional forma de clasificar a los riesgos de trabajo en físicos, químicos, biológicos, mecánicos o psico-sociales. La nueva clasificación que plantea es a partir de los elementos del proceso de trabajo.

De esta manera existen procesos peligrosos que surgen de la interacción entre los objetos de trabajo, medios de trabajo, la actividad y la división y organización del trabajo. Esta nueva clasificación permite entender a estos elementos como procesos, además permite encontrar sus orígenes y sus relaciones.

Cuando un sujeto se enfrenta a los procesos peligrosos, se ponen en movimiento un conjunto complejo de mecanismos de compensación o regulación, los cuales se inscriben y revelan como molestias o síntomas (manifestaciones tempranas de la enfermedad).

Betancourt también incorpora la categoría polo positivo del trabajo que nos permite comprender que aun en las peores condiciones el trabajo es forjador de la identidad de los sujetos y potencia capacidades intelectuales, orgánicas y estructura la vida familiar y social de las personas. Es el que permite entender como los trabajadores construyen su normalidad e identidad, inmersos en el conjunto de procesos peligrosos que enfrentan cotidianamente en el trabajo. Jorge kohen (prólogo de salud y seguridad en el trabajo).

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 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.

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.

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).

El neoliberalismo: crisis del estado, el trabajo y los trabajadores. nuevas formas de trabajar y de vivir.

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).

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.

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).

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).

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, descrito 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).

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.

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 las 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, aún 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 (Mészáros, 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. Aún 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, se desprende 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.

Que se exprese con más fuerza nos acercaremos al polo positivo o negativo; reflejándose en el perfil epidemiológico de ese grupo de trabajadores.

Categoría Procesos peligrosos.

Betancourt plantea la categoría de procesos deteriorantes para la salud en el trabajo para referirse a todo aquello que en el trabajo pueda afectar la salud de los trabajadores, sea que surjan de los objetos y medios, de la actividad misma y de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo.

Manifestaciones tempranas.

Cuando un sujeto se enfrenta los procesos peligrosos, se ponen en movimiento un conjunto complejo de mecanismos de compensación o regulación, los cuales se inscriben y revelan como molestias o síntomas.

Las manifestaciones tempranas como expresión de fenómenos adaptativos momentáneos y relativos a las condiciones de trabajo, generalmente escapan a los procedimientos comunes de exploración, constituyendo parte de una normalidad sufriente que de persistir las condiciones de trabajo desfavorables terminarían en el corto o largo plazo en síndromes y cuadros clínicos definidos como enfermedades específicas o inespecíficas.

Riesgos y exigencias.

Los riesgos surgen de las particularidades de los objetos y medios del trabajo.

Las exigencias son los requerimientos que se imponen a los trabajadores como consecuencia de las características del trabajo y su organización. Los riesgos y exigencias son elementos que median entre los procesos determinantes y el proceso de salud-enfermedad, las exigencias además expresan formas específicas de explotación de los trabajadores.

MARCO HISTÓRICO

El Hospital Provincial del Centenario (HPC) es un hospital general de Rosario, Argentina, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Es un hospital público provincial en emergencia edilicia, administrado parcialmente por una Comisión electa.

El HPC se encuentra a 30 cuadras del microcentro de la ciudad, en la calle Urquiza 3100 y Av. Francia. Este hospital y las adyacentes Facultad de Ciencias Médicas y Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional de Rosario, comparten un cuadrilátero de 2 por 2 manzanas, y están intercomunicados por pasajes internos.

El hospital tiene 183 camas y sirve al norte y noroeste de Rosario, y a localidades vecinas del oeste del Gran Rosario. Es hospital base de 9 centros de atención primaria (Área Programática II de la Zona VIII del Ministerio de Salud de Santa Fe).

El nombre del Hospital proviene de una donación del pueblo y gobierno de Rosario como parte de la conmemoración del centenario de la Revolución de Mayo de 1810. El Hospital fue construido en varias etapas, y adquirió su forma actual mucho más tarde que 1910. El edificio de la facultad de Ciencias Médicas es de 1917, y el hospital fue su Hospital Escuela, y estuvo bajo su control administrativo hasta su pase a la órbita provincial en 1992.

MARCO JURÍDICO

Marco jurídico del sistema de Riesgo del trabajo, salud y seguridad en el trabajo.

Consideraciones preliminares sobre la salud y seguridad de los trabajadores en el marco normativo

La Salud y Seguridad de los Trabajadores es un derecho de rango constitucional, conforme lo preceptuado en el Art. 14 bis de la Constitución de la Nación Argentina (CNA) y por los tratados y convenciones sobre derechos humanos que tienen jerarquía constitucional (Art. 75 inc. 22), tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 7 inciso b): “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial: ... La seguridad y la higiene en el trabajo;”.

Por otra parte, la **Ley 24.658** que aprueba el Protocolo adicional sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —Protocolo de San Salvador— establece en su art. 7 (Condiciones justas, equitativas y satisfactorias de trabajo) inc. e.: “Los Estados Partes en el presente Protocolo reconocen que el derecho al trabajo al que se refiere el artículo anterior, supone que toda persona goce del mismo en condiciones justas, equitativas y satisfactorias, para lo cual dichos Estados garantizarán en sus legislaciones nacionales, de manera particular: ... La seguridad e higiene en el trabajo;”.

Previamente, en la Constitución Nacional de 1949, Capítulo III (Derechos del trabajador, de la familia, de la ancianidad y de la educación y la cultura), artículo 37, punto 5°, la salud y seguridad del trabajador fue declarada derecho especial: “Derecho a la preservación de la salud - El cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad, a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades normales del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo”.

Convenios relevantes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de salud y seguridad en el trabajo (que tienen jerarquía superior a las leyes, Art. 75 inc. 22 de la CNA)

Ley 26.693: Apruébase el Convenio 155 de la OIT, relativo a la seguridad y salud de los trabajadores, adoptado el 22 de junio de 1981 y el Protocolo de 2002 relativo al convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, adoptado el 20 de junio de 2002. (B.O. 26/08/2011). Ratificados 13 de enero de 2014.

Ley 26.694: Apruébase el Convenio 187 de la OIT, relativo al marco promocional para la seguridad y la salud en el trabajo, adoptado el 15 de junio de 2006. (B.O. 26/08/2011). Ratificado 13 de enero de 2014.

Normas fundacionales en materia de salud y seguridad en el trabajo (que aún se encuentran vigentes)

Ley 11.317 de Trabajo de Mujeres y Menores de 18 años. Ocupaciones prohibidas, artículos 10 y 11. (B.O. 19/11/1924)

Ley 11.544 de Jornada de Trabajo. Artículo 2. (B.O. 17/09/1929)

Ley 12.205 de la Silla. Establece que todo local de trabajo, deberá estar provisto de asientos con respaldo. (BO 05/10/1935)

Ley 12.713 sobre Trabajo a Domicilio. Artículo 9º; Condiciones de higiene y seguridad de los locales y talleres. (BO 15/11/1941).

Decretos Reglamentarios de la **Ley 11. 544:** Decreto sin número de fecha 11 de marzo de 1930, Decreto 562/30 y Decreto 16.115/33 (B.O. 02/04/1930, 03/01/1931 y 28/01/1933).

Decreto 85.474/36: Reglamentación de la **Ley 12.205** de la Silla. (B.O. 10/07/1936)

Decreto 118.755/42: Reglamentario de la **Ley 12.713** sobre Trabajo a Domicilio. Capítulo IX: De las medidas de higiene y seguridad (B.O. 11/05/1942)

Leyes

Ley (Decreto Ley) 19.587/1972 de Higiene y Seguridad en el Trabajo (B.O. 28/04/1972)

Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo. (B.O. 04/10/1995)

Ley 26.773: Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (B.O. 26/10/2012)

Ley 26.940: Promoción del Trabajo Registrado y Prevención del Fraude Laboral. (B.O. 02/06/2014)

Ley 26.941: Sustitúyese el artículo 5° de Capítulo 2 del Anexo II “Régimen General de Sanciones por Infracciones Laborales” al Pacto Federal del Trabajo, ratificado por la ley 25.212. (B.O. 02/06/2014)

Ley 26.941: Marco legal de la actividad actoral. Artículo 15: Aplicación del régimen previsto por la Ley sobre Riesgos del Trabajo 24.557, sus modificatorias y complementarias. (B.O. 26/11/2015)

Ley 27.323: Modificase el artículo 75 del Régimen de Contrato de Trabajo aprobado por la ley 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias. (B.O. 15/12/2016)

Ley 27.348 Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo. (B.O. 24/02/2017)

Decretos

Hacemos mención especial al **decreto 659/96** que determina y aprueba la Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales prevista por el artículo 8°, apartado 3 de la mencionada ley de trabajo y el **decreto 49/2014** en el cual por unanimidad se acordó modificar la Tabla de Evaluaciones de Incapacidades Laborales con la inclusión de los siguientes agentes al Listado de Enfermedades Profesionales: **aumento de la presión intraabdominal; aumento de la presión venosa en miembros inferiores; carga, posiciones forzadas y gestos repetitivos de la columna vertebral lumbosacra.**

Me tomo la libertad de realizar apreciaciones sobre la obligatoriedad de la utilización del baremo establecido en el Dec. 659/96 y sus modificatorios (49/14) cuyo listado cerrado omite los modernos criterios de medicina laboral sobre la existencia de muchas otras enfermedades que las limitadamente reconocidas por dicho listado, contradiciendo todos los avances científicos en materia de etiología de las enfermedades laborales.

Se insiste, de este modo, en el carácter restrictivo de este modelo que existe más allá de cuáles sean las enfermedades que se encuentran incluidas en el listado. En la práctica, son ínfimos los casos que han sido reconocidos como tal por los órganos administrativos, dado que lo limitado es el sistema de «triple columna» que exige para una determinada afección, que deba encontrarse necesariamente el «agente» mencionado, como, asimismo, el «factor de exposición». Porque si no se conjugan las tres condiciones simultáneamente, se considera que la enfermedad no se halla listada y, por tanto, no es resarcible.

Con respecto a las enfermedades psicopatológicas La Tabla de Evaluaciones de Incapacidades Laborales establece:

LAS LESIONES PSIQUIÁTRICAS QUE SERÁN EVALUADAS, SON LAS QUE DERIVEN DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES QUE FIGUREN EN EL LISTADO, DIAGNOSTICADAS COMO PERMANENTES O SECUELAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO.

Las enfermedades Psicopatológicas no serán motivo de resarcimiento económico, ya que en casi la totalidad de estas enfermedades tienen una base estructural.

Los trastornos psiquiátricos secundarios o accidentes por traumatismo craneoencefálicos y/o epilepsia postraumática, (como las Personalidades Anormales Adquiridas y las Demencias post-Traumáticas, Delirios Crónicos Orgánicos, etc.) serán evaluados únicamente según el rubro DESORDEN MENTAL ORGÁNICO POST TRAUMÁTICO (grado I, II, III o IV).

Solamente serán reconocidas las REACCIONES O DESORDEN POR ESTRÉS POST TRAUMÁTICO, las REACCIONES VIVENCIALES ANORMALES NEURÓTICAS, los ESTADOS PARANOIDES y la DEPRESIÓN PSICÓTICA **que tengan un nexo causal específico relacionado con un accidente Laboral**. Debiéndose descartar primeramente todas las causas ajenas a esta etiología, como la personalidad predisponente, los factores socioeconómicos, familiares, etc.

Decreto 4159/1973: Declárase “Día de la Higiene y Seguridad en el Trabajo” en la República Argentina, el día 21 de abril de cada año. (B.O. 06/07/1973)

Decreto 351/1979: Reglamentación de la Ley 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Derogase el Decreto 4160/73. (B.O. 22/5/1979)

Decreto 506/1995: Facúltase al Ente Nacional Regulador Nuclear (ENRN) a dictar normas en materia de seguridad radiológica y nuclear. El ENRN asumirá todas las atribuciones y funciones asignadas a la CNEA por Dec. 842/58, Art. 79 del Dec. 5423/57 y Art. 62 del Dec. 351/79. (B.O. 17/04/1995)

Decreto 170/1996: Reglamentación de Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo. Obligaciones de los actores sociales en materia de Prevención. (B.O. 26/2/1996)

Decreto 708/1996: Establécese que podrán acceder al régimen de autoseguro los empleadores que califiquen en el segundo nivel de cumplimiento de la normativa de

higiene y seguridad, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° del Decreto N° 170/96. (B.O. 05/08/1996)

Decreto 491/1997: Incorpórense al ámbito de aplicación y al sistema creado por la Ley N° 24.557 a los trabajadores domésticos, a los vinculados por relaciones no laborales y a los trabajadores autónomos. Modificación de los Decretos 334/96, 717/96 y 1338/96. (B.O. 04/06/1997)

Decreto 1278/2000: Modifícase la Ley N° 24.557 y su modificatoria. (B.O. 03/01/2001). En materia de Prevención el art. 1° sustituye los apartados 2, 3, 4 y 5 del art. 4° de la Ley N° 24.557.

Decreto 410/2001: Reglamentación de la LRT. Su art. 1° (reglamentario del art. 4° de la LRT y sus modificatorias) faculta a SRT para determinar criterios y parámetros de calificación de empresas o establecimientos considerados críticos. (B.O. 17/04/2001)

Decreto 2239/2002: Plan de Inclusión de Empleadores para integrar en la normativa establecida por la LRT, a los empleadores que adeuden sumas al Fondo de Garantía, incorporando en dicho ámbito de protección a sus trabajadores e intensificando las medidas de prevención en riesgos laborales. (B.O. 07/11/2002)

Decreto 1694/2009: Incrementéntanse los montos de las Prestaciones Dinerarias. Créase el Registro de Prestadores Médico Asistenciales. (B.O. 06/11/2009)

Decreto 1720/2012: Constitución de entidades Aseguradoras de Riesgos del Trabajo sin fines de lucro. “ART-MUTUAL”. (B.O. 20/09/2012)

Decreto 472/2014: Apruébase la reglamentación de la Ley 26.773. Facúltase a la SRT a dictar las normas complementarias. Aplicación a las contingencias referidas en el art. 17, ap. 5, de la Ley 26.773. (B.O. 11/04/2014)

Decreto 467/2014: Reglamentación de la Ley 26.844 para el Personal de Casas Particulares. *Artículo 74:* Reparación y prevención de riesgos del trabajo. (B.O. 16/04/2014)

Decreto 762/2014: Reglamentación de la Ley sobre Riesgos del Trabajo 24.557 y sus modificaciones, Empresas de Servicios Eventuales y Empresas Usuarias. (B.O. 30/05/2014)

Decreto 1714/2014: Reglamentación de la Ley 26.940. Registro Público de Empleadores con Sanciones Laborales. Alícuotas del Régimen de Riesgos del Trabajo, criterios y parámetros sobre alta siniestralidad. Funciones del Comité de Seguimiento. (B.O. 01/10/2014)

Decreto 1475/2015: Determinación de las Contingencias e Incapacidades. Intervención de las Comisiones Médicas. Trámite y recursos. Modificase el Decreto 717/96. (B.O. 31/07/2015)

Decreto 1801/2015: Prorrógase desde el 1° de agosto de 2015 y por el término de 12 meses el plazo establecido en el artículo 30 de la Ley 26.940. (B.O. 08/09/2015)

Decreto 616/2016: Reglaméntase la Ley 27.203 de la Actividad Actoral. Artículo 3: Encomiéndase a la Superintendencia de Servicios de Salud, SRT y a la Superintendencia de Seguros de la Nación, a establecer los lineamientos de cobertura previstos en los arts. 13 y 15 de la Ley 27.203. (B.O. 26/04/2016)

Decreto 946/2016. Prorrógase por el término de doce meses el plazo establecido en el art. 30 de la Ley 26.940 de Promoción del Trabajo Registrado y Prevención del Fraude Laboral. (B.O. 19/08/2016)

Resoluciones del Ministerio de Trabajo

Res. 523/1995 MTSS: Modificase el Art. 58 del Anexo I del Decreto 351/79 sobre Provisión de Agua Potable (B.O. 26/12/1995)

Res. 759/2014 MTESS: Procedimiento del Decreto 762/2014 respecto de los trabajadores eventuales asignados a las Empresas Usuarias. Contratos de afiliación de las Empresas de Servicios Eventuales celebrados con anterioridad a la entrada en vigencia del Decreto 762/2014. Notificación a las Empresas Usuarias. (B.O. 31/07/2014)

Res. 1062/14 MTESS: Personal de Casas Particulares. Adecuación de las remuneraciones horarias y mensuales mínimas para el Personal comprendido en el Régimen establecido por la Ley N° 26.844. Categorías. (B.O. 02/10/2014)

Marco Legal de las residencias Médicas en la República Argentina

En relación con las leyes en Argentina:

LEY 22127 (Nacional)

Sistema Nacional de Residencias de la Salud. Sanción: 28/12/1979; Promulgación: 28/12/1979; Boletín Oficial 08/01/1980

Establece el Sistema Nacional de Residencias de la Salud cuyo objeto es complementar la formación integral del profesional ejercitándolo en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad.

Res. 1993/2015 (Nacional)

Establece el Reglamento Nacional de Residencias.

RESOLUCION 1342/2007 (Nacional)

Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud -- Aprobación de los Criterios y estándares básicos, el Esquema de presentación de programas docentes y los Requisitos para la inscripción de entidades evaluadoras.

LEY PROVINCIAL N° 9529 - RESIDENCIAS DE LA SALUD 19/10/84

Establece el Sistema Provincial de Residencias de la Salud que funcionará bajo la dependencia de Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social y que reemplaza al creado por el Decreto n° 01668 del 8 de julio de 1971.

LEY 8292 (Provincial)

Establece para los Profesionales Universitarios de la Sanidad el presente ESTATUTO Y ESCALAFON

DECRETO PROVINCIAL N° 0635

Establece el reglamento del Sistema Provincial de Residencias de la Salud.

Resolución Provincial 0282

Reglamento para el concurso de antecedentes.

Decreto Provincial 3444

Establece licencias por maternidad

Los residentes del Hospital Centenario a su vez, a parte de la ley nacional, se rigen por la LEY PROVINCIAL N° 9529 - RESIDENCIAS DE LA SALUD 19/10/84, que a continuación redacto sus artículos a tener en cuenta:

ARTICULO 1°.- Establécese el Sistema Provincial de Residencias de la Salud que funcionará bajo la dependencia de Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social y que reemplaza al creado por el Decreto n° 01668 del 8 de julio de 1971.

ARTICULO 2°.- La Residencia de la Salud es un sistema Educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar los conocimientos adquiridos en la Universidad por Profesionales del Arte de Curar y capacitarlos para el ejercicio profesional en el alto

nivel científico, moral y ético, atendiendo fundamentalmente a conseguir los siguientes objetivos:

- a) Formar profesionales competentes, con un programa de adiestramiento adecuado y previamente fijado, confeccionando sobre sólidas bases científicas y pedagógicas, con amplio sentido humano y de responsabilidad frente a sí mismo y frente al enfermo, como factor integrante de una misma comunidad, proyectándose en funciones docentes y de investigación.
- b) Proporcionar un aprendizaje intensivo y continuado a través de la incorporación activa del Residente a un servicio hospitalario, esencialmente organizado para ese fin, con un régimen de trabajo de dedicación exclusiva, dentro de plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal de actos de progresiva complejidad y responsabilidad, y bajo la dirección y supervisión correspondientes.
- c) Formar especialistas en las distintas disciplinas, capacitándolos para participar activamente en Programas de Atención de Salud de la Provincia, en zonas rurales y periurbanas.
- d) Tomar conocimiento de la Política Sanitaria Provincial y Nacional para participar en coordinación con el plantel médico Provincial en el momento que le sea requerido para circunstancias coyunturales a través del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social, cumpliendo servicios de acuerdo a su grado de capacitación.

ARTICULO 3º.- El ingreso a las residencias será por concurso y éstas serán cumplidas mediante contratos cuya duración será la establecida para cada residencia, incluido el periodo de rotación estipulado en el Artículo 10.

Los residentes de primer año serán remunerados con una suma equivalente a una vez y media (1½ vez) la correspondiente a un “Profesional Ayudante de Unidad de Organización Asistencial” o cargos equivalentes. Los residentes de segundo y tercer año, los jefes de residentes y los instructores de residencias médicas percibirán el sueldo básico del residente de primer año, más el 3%, 6%, 9% y 12% respectivamente. Esta remuneración estará sujeta a los aportes y contribuciones de las leyes sociales previsionales, debiendo además el residente percibir asignaciones familiares.

Esta remuneración será del 100% más en caso de rotar por zonas inhóspitas, y del 50% más en caso de rotar por centros Centro de Salud periféricos u otros a determinar por el Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social.

ARTICULO 4º.- Los médicos residentes que percibieran becas o equivalentes de cualquier organismo, público o privado, con montos inferiores, percibirán a través del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social, el suplemento que correspondiere hasta equiparar la remuneración con el resto de los residentes según la escala que consta en el Artículo 3º.

ARTICULO 5º.- El número de residentes y de residencias será determinado por el Ministerio Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe a través de las autoridades que le competen, teniendo en cuenta la política sanitaria de la Provincia, las necesidades de coberturas regionales de las diferentes especialidades y, previo estudio por parte del Comité de Docencia, de la infraestructura y posibilidades de cada Hospital y/o servicio.

ARTICULO 6º.- Los profesionales de los servicios incorporados al Sistema Provincial de Residencias de la Salud, serán considerados integrantes del plantel docente del sistema como una extensión de su servicio específico y participarán en la enseñanza de los residentes a través de la capacitación y supervisión personal de los actos de progresiva complejidad y responsabilidad que encomiendan.

ARTICULO 7º.- Podrán incorporarse a la residencia, aquellos graduados que cuenten con no más de cinco (5) años de obtenido el Título Universitario habilitante.-

ARTICULO 8º.- La ejecución de los actos de progresiva complejidad encomendados al Residente en cumplimiento del programa de residencias, se desarrollarán bajo su propia responsabilidad profesional, sin perjuicio de lo que eventualmente pueda recaer sobre el personal jerárquico que hubiera dispuesto su realización-

ARTICULO 9º.- Durante su desempeño como tales, los residentes deberán ajustarse a los siguientes lineamientos generales:

a) Someterse a todas las reglamentaciones, disposiciones y normas de desempeño que dicte el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social.

b) Percibir la remuneración correspondiente al contrato que establece el artículo 3º.

c) Gozar de un régimen de licencia conforme se establezca por vía reglamentaria.

d) Desarrollar las actividades encomendadas con eficiencia, diligencia y espíritu solidario, en el lugar, condiciones de tiempo, y forma que determinen las disposiciones reglamentarias de cada servicio.

e) Cumplir las indicaciones que dicte el personal jerárquico con atribuciones y competencia para darlas, que tengan por objeto el cumplimiento del programa y el desarrollo de la residencia.

f) Someterse al régimen disciplinario que establezca la reglamentación.

ARTICULO 10º.- Cumplimentado el programa de formación teórico-práctica, el residente deberá rotar en Centros Asistenciales de zona inhóspita o en centros de distintas complejidades, pudiendo ser el período total de un año.

Al finalizar este período, se le otorgará al Médico Residente un certificado que acredite haber aprobado al Programa de Residencia, caducando en ese momento los compromisos mutuos que surjan de la presente ley.

ARTICULO 11º.- Para las inscripciones como especialista, los Colegios Profesionales de la Provincia de Santa Fe tendrán que requerir una certificación de haber aprobado la residencia como asimismo haber cumplimentado los demás requisitos que se establezcan mediante convenios de Aceptación en los que se complementarán los objetivos de la política sanitaria oficial con los del Colegio de Médicos.

ARTICULO 12º.- El Director de Residencias Médicas, con asiento en la ciudad de Santa Fe, y el Sub-Director de Residencias Médicas, con asiento en la ciudad de Rosario, serán los responsables del Sistema de Residencias Médicas de la Provincia con las funciones que se especificarán en la reglamentación que se dictará al efecto. Ambos cargos deberán ser cubiertos por concurso y tendrán cinco (5) años de duración en sus funciones.

ARTICULO 13º.- Las disposiciones de la presente Ley rigen en todos los establecimientos asistenciales y sanitarios dependiente de las autoridades sanitarias

Provinciales. A los fines del mejor cumplimiento de la presente Ley podrán establecerse convenios con Autoridades Sanitarias Nacionales, Provinciales, Municipales, Universitarias y Privadas.

ARTICULO 14°.- La presente Ley, se aplicará al sistema de Residencia actualmente vigente. ARTICULO 15°.- Ratifícase el Decreto n° 3.090/83 el que quedará derogado a partir de la vigencia de la presente Ley

ARTICULO 16°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS DIECINUEVE DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA CUATRO.

CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DEL TRABAJO (CYMAT)

El objetivo del área CyMAT es controlar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad en el trabajo.

Sus funciones son:

- Fiscalizar las condiciones y medio ambiente del trabajo.
- Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales relativas a las condiciones y medio ambiente de trabajo con el objeto de proteger la vida, y preservar y mantener la integridad psicofísica.
- Estimular las actividades participativas que involucren a todos los sectores respecto de la prevención de riesgos, accidentes y/o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral.
- Aplicar las leyes y los reglamentos relativos a la higiene, seguridad y medio ambiente, mediante un sistema de inspección apropiado y eficiente.
- Desarrollar programas de capacitación sobre la higiene y seguridad en el trabajo en todos los niveles laborales: construcción, industria, agro, etc.
- Asesorar a las asociaciones gremiales de trabajadores y empleados sobre las disposiciones legales vigentes en materia de higiene y seguridad en el trabajo.
- Realizar estadísticas sobre accidentes y enfermedades como antecedentes para el estudio de las causas determinantes y los modos de prevención.
- Difundir y publicar recomendaciones y técnicas de prevención que resulten universalmente aconsejables o adecuadas
- Aplicar la metodología de trabajo que se corresponde a cada tarea inspectora, a saber: de oficio, a solicitud de parte, por verificación, denuncia de la SRT, denuncias de obras, investigación de accidente.

En Argentina, las CyMAT están regidas por diferentes normas: Ley 19587. Ley de higiene y seguridad. Ley 24557. Ley de riesgos del trabajo. Decreto 1338/96. Decreto 351/79. Rectificación del consenso 155 de la ARS.

MAPA DE RIESGO

MAPA DE RIESGO CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTENARIO



REFERENCIAS

6 TRABAJADORES
4 OFICINAS/CONSULTORIOS
1 RECEPCIÓN
1 BAÑO
1 SALA DE CAFÉ
1 SALA DE ESPERA
1 ENFERMERÍA

SIMBOLOGÍA

En este apartado figura la tipificación por tipo de riesgos generales:

-RIESGOS FISICOS DEL AMBIENTE DEL TRABAJO



1. Temperatura / 2. Ruido / 3. Iluminación / 4. Nieve / 5. Viento blanco/ 6. Lluvia / 7. Humedad / 8. Ventilación / 9. Vibraciones / 10. Radiaciones/ 11. Presión barométrica.

-RIESGOS QUIMICOS



1. Gases (irritativos, tóxicos, inflamables, combustibles, explosivos, asfixiantes) / 2. Vapores (irritativos, tóxicos, inflamables, explosivos, asfixiantes) / 3. Humos (irritativos, tóxicos, asfixiantes)
4. Aerosoles (irritativos, tóxicos, inflamables o explosivos, asfixiantes) / 5. Polvos (irritativos, tóxicos, combustibles, explosivos, asfixiantes) / 6. Líquidos (irritativos, tóxicos, inflamables o explosivos).

-RIESGOS DE EXIGENCIAS BIOMECAICAS



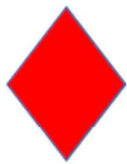
1. Movimientos repetitivos / 2. Posturas forzadas / 3. Esfuerzo o Fuerza física / 4. Movimiento manual de cargas / 5. Posturas estáticas.

-RIESGOS DE ACCIDENTES



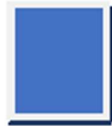
1. Caídas / 2. Torceduras / 3. Quemaduras / 4. Picaduras / 5. Cortes / 6. Golpes / 7. Atrapamientos / 8. Atropellamientos / 9. Choques / 10. Agresiones por terceros / 11. Electricidad / 12. Incendio / 13. Traumatismo de ojo / 14 Explosión.

-RIESGOS BIOLÓGICOS



1. Hongos / 2. Virus / 3. Bacterias / 5. Parásitos.

-FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO



PRINCIPIOS DE LAS CYMAT

- 1) Identificar los problemas de la organización relacionados con CYMAT.
- 2) Responsabilizar a la gerencia-POLITICA
- 3) Evolucionar superar los enfoques tradicionales, MEJORAR CONTINUAMENTE las CYMAT no es una utopía.
- 4) Involucrar a los trabajadores en la prevención participación / acción.
- 5) Decidir y hacer en forma correcta lo que realmente es necesario para la organización
- 6) Pensar críticamente
- 7) Vigilar el proceso no los empleados, sin dejar de lado la corrección de actos inseguros en los trabajadores.
- 8) Encontrar las causas reales de los accidentes - visión-análisis como misión.

- 9) Capacitar y motivar a los miembros de la organización no al proceso. Fomentar y mejorar la comunicación.
- 10) Priorizar Las CYMAT deben formar parte de la filosofía preventiva de la empresa.
- 11) Controlar y evaluar el Sistema de Gestión Preventiva Empresarial.
- 12) Desarrollar el concepto “La Salud Ocupacional Y CYMAT IMPLICA: Medir.

Recomendaciones

- Aplicar las medidas de seguridad y otorgar los elementos de protección necesaria. Realizar el análisis ergonómico de los puestos de trabajo.
- Diseñar el puesto de trabajo del modo más adaptado al trabajador y sus características.
- Capacitar al personal en la detección temprana de los signos de posible fatiga e informar al responsable de medicina laboral de la empresa.
- Evitar, reducir o compensar el efecto de los estresores psicosociales. Facilitar la puesta en práctica de la pausa activa.
- Evitar el trabajo aislado.

DIAGRAMA DE FLUJO QUIROFANO

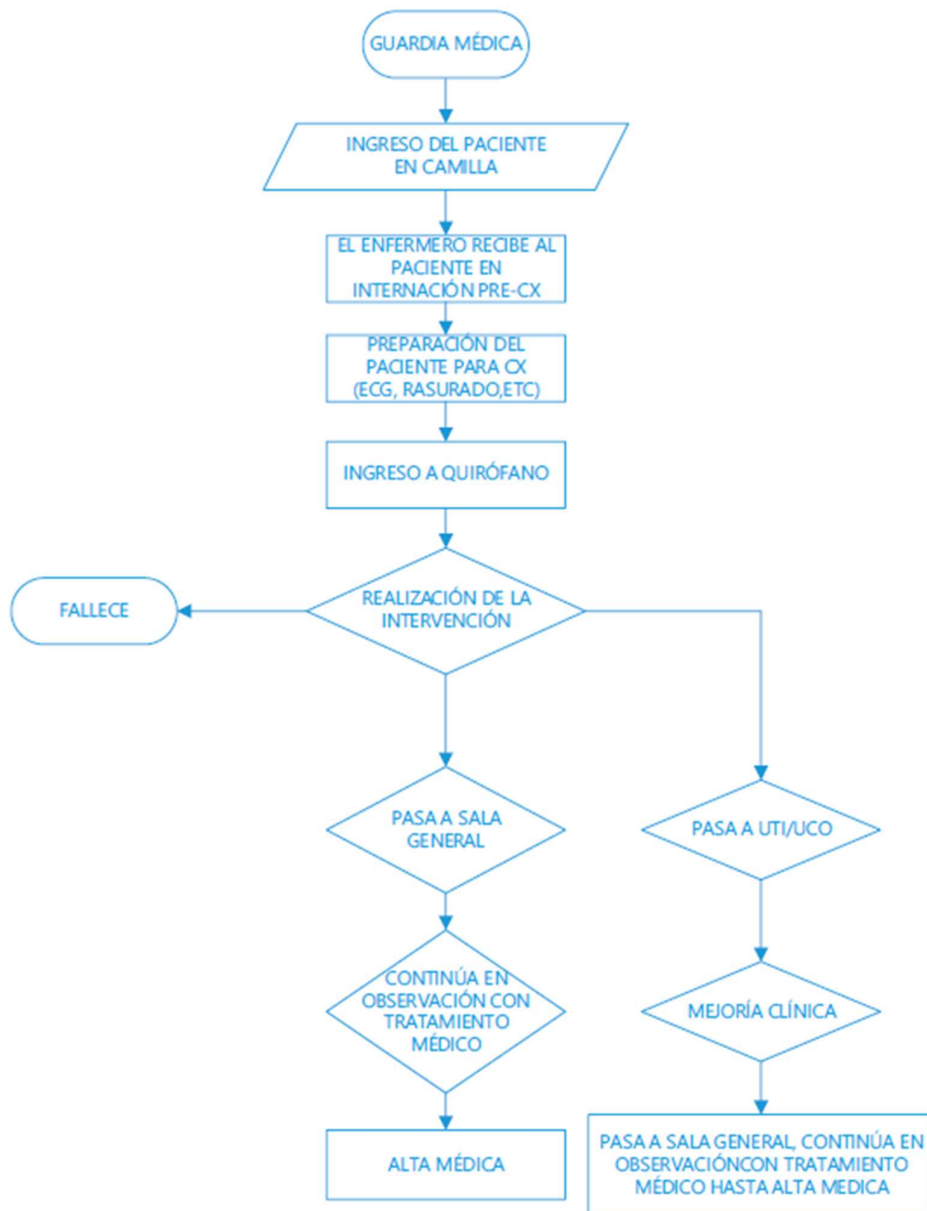
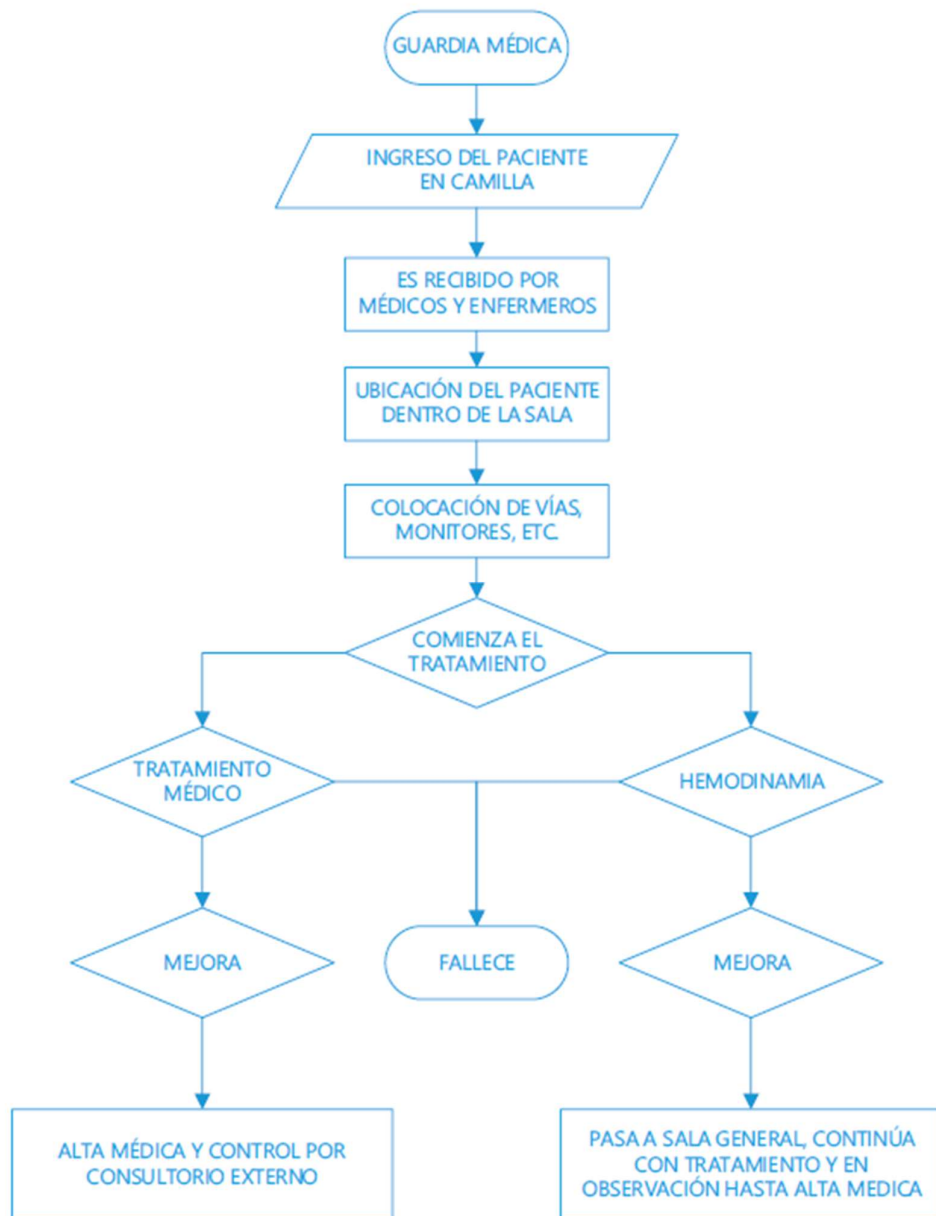


DIAGRAMA DE FLUJO UNIDAD CORONARIA



MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizará un estudio transversal descriptivo con una instancia de carácter participativo. Instrumentos para la exploración de fatiga, Riesgos psicosociales y CYMAT del médico residente.

- 1.- Se aplicarán Test de Yoshitake
- 2.- Cuestionario ISTAS 21 (CoPsoQ – ISTAS21)
3. - Escala Sintomática de Estrés. Seppo Aro

Se desarrollarán seminarios previos al estudio y posterior a los fines de discutir los resultados y elaborar las propuestas.

POBLACION A ESTUDIAR (Muestra):

Médicos en formación de las carreras de especialización de Clínica médica, Cirugía general, Traumatología, Cardiología y Tocoginecología del Hospital Centenario, en todos sus niveles (residentes de 1ro, 2do, 3er, 4to año y jefes de residentes).

Lugar: Hospital Provincial del Centenario.

1 – Encuesta de **riesgos psicosociales Copenhague**. Total 27 encuestados.

Traumatología: 5 (masculinos 100%)

Clínica médica: 15 (67% femenino, 10; y 33% masculinos, 5)

Cirugía: 1 (femenino)

Cardiología: 6 (67% femenino, 4; y 33% masculino, 2)

2 – Encuesta **Seppo Aro**, escala sintomática de estrés. Total 27 encuestados.

Traumatología: 5 (masculinos 100%)

Clínica médica: 15 (67% femenino, 10; y 33% masculinos, 5)

Cirugía: 1 (femenino)

Cardiología: 6 (67% femenino, 4; y 33% masculino, 2)

3 – Encuesta **Yoshitake**, síntomas subjetivos de fatiga. Total 28 encuestados. (54% femenino, 15; y 46% masculino, 13)

Cirugía: 1. Femenino

Cardiología: 6 (67% femenino, 4; y 33% masculino, 2)

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Médicos cursantes de la Carrera de especialización en Medicina del Trabajo.

La realización de las pruebas no tendrá costo para los médicos en formación entrevistados ni para el Hospital Centenario.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

1.- TEST DE YOSITAKE:

La Prueba de síntomas subjetivos de fatiga es un cuestionario que mide los tipos y las magnitudes de la fatiga que presentan los trabajadores. Aborda tres dimensiones de la percepción subjetiva de la Fatiga Laboral realizando 10 preguntas para la exigencia mental en el trabajo, 10 para las manifestaciones físicas de la fatiga y por último 10 ítems indagando sobre los síntomas mixtos.

Las preguntas están diseñadas de tal modo que exigen una respuesta dicotómica (SI/NO) conteniendo un modo de tabulación diferenciado para hombres (6 respuestas positivas) y mujeres (7 respuestas positivas).

Esta herramienta se aplicó exitosamente en diferentes países latinoamericanos (México, Cuba, Argentina, Venezuela y Brasil, entre otros). Utilizada en conjunto con otras técnicas de indagación, resulta valiosa para el estudio de las exigencias físicas y cognitivas de los diferentes tipos de procesos laborales.

2.- CUESTIONARIO ISTAS 21 (CoPsoQ – ISTAS21)

Este Cuestionario, en su versión larga, mide siete grupos o dimensiones de riesgos psicosociales.

El **primer grupo** está compuesto por las exigencias psicológicas que tienen una doble vertiente, la cuantitativa y las del tipo de tarea. El aspecto cuantitativo refiere al volumen de trabajo en relación al tiempo disponible para hacerlo. Desde el punto de vista del tipo y contenido, la tarea implica exposiciones distintas en función de si se trabaja con maquinaria, herramientas, ideas y símbolos, con o para personas.

El **segundo grupo** lo forma la doble presencia que refiere a la necesidad de responder simultáneamente a las demandas del trabajo asalariado y del trabajo doméstico-familiar. El **tercer grupo** es formado por el control sobre el trabajo que según (Karasek, 1998) consiste en dos dimensiones: influencia (o autonomía) y desarrollo de habilidades. Un alto nivel de control en el trabajo constituye la base objetiva para el trabajo activo y el aprendizaje, para lo que también es importante el sentido y el control sobre los tiempos a disposición.

El **cuarto grupo** es el apoyo social y calidad de liderazgo, que incluye las posibilidades de relacionarse en el trabajo, el sentimiento de grupo, la claridad de rol, entre otros; también incluye las compensaciones del trabajo que refieren a la interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensas, que a largo plazo representa un riesgo para la salud. Por compensaciones del trabajo, Siegrist entiende el control de estatus, la estima y el salario. La estima, incluye el reconocimiento, el apoyo adecuado y el trato justo, mientras que la estabilidad laboral forma parte del control de estatus (Siegrist, 1996).

La **quinta dimensión** es la inseguridad laboral que incluye las percepciones sobre la precariedad laboral y el mercado de trabajo.

El **sexto grupo** lo componen la confianza, vertical y horizontal, entendida como uno de los componentes del capital social en la relación laboral, del mismo modo que la **séptima dimensión** que refiere a la justicia organizacional (Hasle, Kristensen, Moller, & Olesen, 2007).

En Argentina usamos como instrumento el cuestionario ISTAS21 resultado de la adaptación al estado español del cuestionario para la evaluación de riesgos psicosociales de Copenhague elaborado en el año 2000 por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca. Es utilizado en gran parte del mundo por su rigurosidad metodológica y la facilidad para aplicarse.

En Argentina, esta herramienta ha sido validada en la Universidad de Avellaneda bajo un convenio y supervisión de la SRT y es confiable para estudiar a la población trabajadora argentina.

Su utilización nos permite contar con una información valiosa sobre factores de riesgos psicosociales en **seis dimensiones** distintas:

1-Exigencias Psicológicas, 2- Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control sobre los tiempos), **3-Inseguridad en el**

trabajo, 4-Apoyo social y calidad de liderazgo, 5-Doble Presencia, 6-Reconocimiento Laboral (Estima).

La información obtenida por este cuestionario permite una evaluación objetiva de los factores organizacionales del trabajo contribuyendo de este modo al diseño de políticas preventivas para garantizar una eficaz intervención en la población afectada.

La carrera de Especialización en Medicina del Trabajo ha desarrollado una aplicación informática que permite obtener resultado inmediato del cuestionario tanto en el nivel individual como el del grupo estudiado (**Sistema Ziper**).

3.- ESCALA SINTOMÁTICA DE ESTRÉS. SEPPO ARO

Es una herramienta cuantitativa que permite conocer la percepción subjetiva que el trabajador tiene sobre su exposición a los factores estresores de su trabajo. Su autor Seppo-Aro, de origen finlandés, investigó en 1980 a 5.000 personas y determinó un conjunto de síntomas psicofisiológicos propios del estrés.

El instrumento ha sido ampliamente utilizado en poblaciones de trabajadores expuestas al estrés, tanto del sector de servicios como el de la producción, con el objetivo de conocer el nivel de estrés y las consecuencias en la salud.

Indaga sobre 18 síntomas y manifestaciones tempranas de origen psicosomático permitiendo la construcción de índices que posibilitan no sólo un diagnóstico sino también una valoración de las respuestas aportadas. Es por ello que a dicho cuestionario se lo conoce como Escala sintomática de Estrés (E.S.E.)

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

- 1 - Encuesta de riesgos psicosociales Copenhague por médico residente.
- 2 - Encuesta Seppo Aro, escala sintomática de estrés por médico residente.
- 3 - Encuesta Yoshitake, síntomas subjetivos de fatiga por médico residente.

RESULTADOS

- 1 - Riesgos psicosociales Copenhague por médico residente

DATOS	
Establecimiento Empleador	Hospital Centenario %
Encuestados:	27

Cuestionario de Riesgos Psicosociales ISTAS

Edades

Minima	Máxima	Media	Desvío
0	0	0.00	0.00

Antigüedades

Minima	Máxima	Media	Desvío
1	4	2.30	0.90

Sexos:

- Femenino: 56%
- Masculino: 44%

Colores representativos:

- Verde: nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud.
- Amarillo: nivel de exposición psicosocial intermedio.
- Rojo: nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud.

Apartado	Niveles de exposición psicosocial					
	Favorable	%	Intermedio	%	Desfavorable	%
Exigencias Psicológicas	1	3.70	0	0.00	26	96.30
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	15	55.56	9	33.33	3	11.11
Inseguridad	1	3.70	4	14.81	22	81.48
Apoyo social y calidad de liderazgo	7	25.93	11	40.74	9	33.33
Doble presencia	3	11.11	8	29.63	16	59.26
Estima	2	7.41	6	22.22	19	70.37

EXIGENCIAS PSICOLOGICAS

Con respecto de las Exigencias psicológicas se observó que el 96.30% presento niveles de exposición desfavorable, encontrando que ante la pregunta:

¿Tienes que trabajar muy rápido?

El 37% contesto que siempre y el 41% contesto que muchas veces, situación que es muy común de ver en las residencias y se naturaliza.

Si agrupamos los resultados nos encontramos con que 78% de los residentes tiene que trabajar muy rápido, ya sea por exceso de tareas o por falta de personal en su área (inexistencia de reemplazos por ejemplo).

Ante la pregunta: ¿La distribución de las tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?

El 15% respondió siempre y el 41% muchas veces, esto se entiende desde la lógica piramidal verticalista casi castrense de la organización y división del trabajo en las residencias donde los residentes inferiores tienen la mayor carga laboral mientras que los residentes superiores tienen un rol de vigilancia, control y gestión de los residentes inferiores.

Si agrupamos los resultados el 56% perciben que la distribución de las tareas es irregular y por lo tanto hacen que se les acumule trabajo generando niveles de exposición psicosocial desfavorables.

Dentro de las exigencias psicológicas encontramos que las exigencias emocionales son relevantes a la hora de explicar tan elevado porcentaje de desfavorables en dicha subdivisión analizada.

Ante la pregunta: **¿te cuesta olvidar los problemas del trabajo?**

El **22%** respondió siempre y **41%** respondió muchas veces.

En suma, al **63%** de los residentes les cuesta olvidar los problemas del trabajo.

Otra pregunta evidencia dicho malestar: **¿tu trabajo en general es desgastador emocionalmente?**

El **37%** respondió siempre y el **26%** muchas veces.

El **63%** siente que su trabajo es desgastante emocionalmente.

Ante la pregunta: **¿tu trabajo requiere que escondas tus emociones?**

El **11%** respondió siempre y el **33%** muchas veces.

Respuestas vinculadas probablemente con las características de la profesión médica (contacto con el sufrimiento y con la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento).

El **44%** de los residentes esconden sus emociones en el trabajo.

INSEGURIDAD

Explorando las otras subdivisiones analizadas encontramos que la subdivisión que evalúa Inseguridad en el trabajo le sigue con un 81,48% de desfavorable.

Ante la pregunta **¿está preocupado por lo difícil que sería encontrar otro trabajo?**

El **7%** contestó muy preocupado y el **33%** bastante preocupado y el **44%** más o menos preocupado.

El **40%** se encuentra preocupado por encontrar un nuevo trabajo sin embargo el **44%** si bien está preocupado, no lo está tanto.

Lo que puede explicarse por el carácter transitorio de dicho proceso de formación.

ESTIMA

Esta es otra de las subdimensiones que dio desfavorable con **70,37%** de los encuestados.

La pregunta que más desfavorable dio fue:

¿Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que eh realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado?

El **26%** respondió nunca, el **15%** solo alguna vez y el **44%** algunas veces.

Y ante la pregunta: **¿en mi trabajo me tratan con justicia?**

El **26%** respondió nunca y el **15%** solo alguna vez y el **44%** algunas veces.

Es importante destacar que ante la pregunta: **¿en situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario?**

El **30%** respondió siempre y el **44%** respondió muchas veces.

El **74%** de los residentes siente que recibe apoyo en situaciones difícil, fortaleciendo el espíritu de equipo, generando condiciones favorables de trabajo que nos acercan al polo positivo de la salud, sin embargo el sentimiento de que su trabajo es poco reconocido por sus superiores (**el 85%**) y el sentimiento de que no son tratados con justicia (**85%**) hace que la subdimension de Estima sea desfavorable y se acerque al polo de la enfermedad.

DOBLE PRESENCIA

Esta es la subdivisión que sigue con un **59,26%** de desfavorables, ante la pregunta **¿Qué parte del trabajo familiar y domestico hace?**

El **33%** respondió que es el principal responsable y hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas, el **26%** respondió aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas.

Y ante la pregunta **¿si faltas algún día de la casa las tareas domésticas que realizas se quedan sin hacer?**

El **19%** siempre el **26%** respondió muchas veces y el **30%** algunas veces.

El **45%** de los residentes la mayoría de las veces no pueden realizar las tareas del hogar acumulándose trabajo en sus hogares lo que dificulta el desarrollo del momento reproductivo.

Para evaluar esta subdivisión debemos tener en cuenta que muchos residentes viven solos y por lo tanto las tareas domésticas quedan sin realizar o postergadas, lo que se traduce en una estadística desfavorable.

A continuación, pasaremos a analizar las subdivisiones que dieron niveles de exposición psicosocial favorable.

TRABAJO ACTIVO Y POSIBILIDADES DE DESARROLLO

En lo que refiere a la dimensión Trabajo activo y posibilidades de desarrollo, presentó un riesgo Bajo, lo que podría relacionarse con la autonomía que poseen los profesionales para realizar sus tareas, las posibilidades que ofrecen los hospitales públicos para la formación y el aprendizaje continuo, y con la relevancia social que implica el trabajo en este tipo de instituciones. Esto resulta de gran interés dado que la autonomía para el ejercicio de las actividades asistenciales y las posibilidades de realización profesional están asociadas a mayor bienestar psicológico.

Ante la pregunta **¿recibes apoyo de tus compañeros?**

El **19%** contesto siempre y el **59%** contesto muchas veces.

Ante la pregunta: **¿recibes ayuda y apoyo de tu inmediato superior?**

El **22%** respondió que siempre y el **48%** respondió que muchas veces.

El **78%** siente que forma parte de un equipo y que recibe apoyo de sus pares y el **70%** reconoce que recibe apoyo de sus superiores constituyéndose en los factores favorables más importantes (procesos saludables) acercando a los residentes al polo de la salud.

El mayor dato favorable lo encontramos en la respuesta a la pregunta **¿sientes que formas parte de un grupo?**

Donde el **56%** respondió que siempre y el **30%** respondió que muchas veces.

El **86%** se siente parte de un grupo la mayoría de las veces.

Con respecto a las posibilidades de desarrollo se respondió:

pregunta 1) ¿tu trabajo requiere que tengas iniciativa?

El **52%** respondió siempre el **26%** muchas veces.

Pregunta 2) ¿tu trabajo te permite que aprendas cosas nuevas?

El 67% respondió siempre el 29% muchas veces.

Pregunta 3) ¿te sientes comprometido con tu profesión?

El **56%** respondió siempre y el **37%** muchas veces.

Pregunta 4) ¿tienen sentido tus tareas?

El **44%** respondió siempre y el **41%** respondió muchas veces.

Pregunta 5) ¿hablas con entusiasmo de tu trabajo a otras personas?

El **30%** respondió que siempre y el **30%** muchas veces y el **33%** algunas veces.

Constituyéndose esta subdimensión en uno de los factores protectores más importantes dentro de los riesgos psicosociales a los que está expuesto el trabajador de la salud.

CONCLUSIÓN

Las conclusiones que detallo a continuación de este trabajo de investigación tratan de mostrar a través de los resultados obtenidos mediante cuestionarios realizados a los residentes del hospital Centenario de Rosario (ISTAS, Yoshitake y SEPO ARO) los riesgos psicosociales a los que se encuentran expuestos dichos trabajadores y las consecuencias de los mismos sobre su proceso Salud-Enfermedad.

Los datos de los cuestionarios ISTAS, que evalúa riesgos psicosociales, fueron cargados para luego ser procesados en el sistema Ziper, el que nos permitió relacionar los resultados obtenidos en cada una de las 6 dimensiones estudiadas.

A partir de ello, se estimaron los puntajes de cada dimensión y subdimensión por terciles, con el objeto de establecer rangos: **Bajo** (nivel de exposición más favorable para la salud), **Medio** (nivel intermedio) y **Alto** (nivel de exposición más desfavorable para la salud).

Como premisa fundamental e inicial vale aclarar que entendemos a la Salud-enfermedad como la síntesis de un proceso entre las condiciones y valores positivos y negativos que los sujetos enfrentan tanto en el momento productivo como en el momento en el que reproducen las condiciones materiales y espirituales de existencia.

Entendiendo que los factores psicosociales laborales son condiciones psicosociales que como tales pueden ser positivas o negativas, en este sentido, los factores psicosociales y organizacionales del trabajo, como formas de las condiciones sociales del trabajo, pueden afectar a la salud laboral, tanto positiva como negativamente acercándonos al polo positivo o al negativo de la salud.

De esta manera pretendemos exponer las relaciones entre los procesos saludable y deteriorantes de la salud que se dan dentro de las distintas dimensiones que se analizan a partir de los datos recabados en el cuestionario ISTAS ya que cuando un sujeto se enfrenta los procesos peligrosos, se ponen en movimiento un conjunto complejo de mecanismos de compensación o regulación, los cuales se inscriben y revelan como molestias o síntomas.

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, más de 48hs semanales, 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. 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, 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.

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.

La realidad antes descrita nos habla de un trabajador **sobre demandado, polivalente y multifuncional**, situaciones que sin duda redundan en la calidad de la atención y en la salud de los propios trabajadores.

Las relaciones intersubjetivas ocupan 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 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.

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 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.

La complejidad del trabajo en salud hace posible observar una amplia diversidad de problemas que van desde las lesiones físicas hasta el sufrimiento mental.

Los riesgos psicosociales 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.

El deterioro en las relaciones sociales en el proceso de trabajo se pone en evidencia, 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.

Las manifestaciones tempranas como expresión de fenómenos adaptativos momentáneos y relativos a las condiciones de trabajo, generalmente escapan a los procedimientos comunes de exploración, constituyendo parte de una normalidad sufriente que de persistir las condiciones de trabajo desfavorables terminarían en el corto o largo plazo en síndromes y cuadros clínicos definidos como enfermedades específicas o inespecíficas.

Teniendo en cuenta que cuando los niveles de exposición psicosocial son desfavorables se constituyen en manifestaciones tempranas de las alteraciones de la salud y debemos pensarlos como elementos que conectan y expresan a través del sufrimiento y el malestar el proceso de trabajo y el proceso de salud enfermedad por lo tanto podemos afirmar que el sufrimiento y el malestar entre otros, son indicadores de procesos de trabajo patogénicos y que de no mediar modificaciones en el mismo se constituirán en síndromes y en enfermedades.

Es de aquí que surge la importancia de poner en evidencia dichas relaciones entre las distintas dimensiones en busca de identificar manifestaciones tempranas de la alteración de la salud.

Por el contrario, cuando tales condiciones son adecuadas, facilitan el trabajo, el desarrollo de las competencias personales laborales y los niveles altos de estados de motivación y de satisfacción laboral, donde los trabajadores alcanzan mayor experiencia y competencia profesional.

En la presente investigación se halló que en los trabajadores de la salud predominan riesgos psicosociales ALTOS en cuatro de las seis (4/6) dimensiones estudiadas

Relacionando las exigencias cuantitativas que se refieren al volumen de trabajo en relación al tiempo disponible para hacerlo con los resultados obtenidos en el cuestionario Yoshitake que evalúa signos subjetivos de fatiga, arroja que del total de los encuestados el **71.43%** se encuentra fatigado y el **28,57%** presenta síntomas generales de fatiga.

Ante la pregunta del cuestionario ISTAS ¿tienes que trabajar muy rápido? El **37%** respondió que siempre y un **41%** muchas veces y ante la pregunta ¿la distribución de las tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo? El **15%** respondió siempre y el **41%** respondió muchas veces.

De esta manera podemos observar que los procesos deteriorantes de la salud de los residentes del Hospital Centenario surgen fundamentalmente de las exigencias psicológicas y dentro de estas de las **exigencias cuantitativas** y **exigencias emocionales** que se dan en el trabajo en salud, así como también de las exigencias relacionadas con la inseguridad en el trabajo.

Por otra parte, los elementos protectores de la salud en la población estudiada (muestra) surgen fundamentalmente de las subdimensiones de **Trabajo activo y posibilidades de desarrollo, Apoyo social y calidad de liderazgo** donde se evidencio el buen trabajo en equipo, el apoyo entre pares y superiores para cumplir con las labores que demanda el trabajo en salud.

Con esperanza que esta asociación y recuento de datos, factores productivos y reproductivos que afectan la vida del médico residente (colectivo de estudio) , pueda constituirse en la punta del iceberg para futuros estudios de investigación más amplios y profundos, que puedan dar cuenta de la compleja realidad que transitan día a día los trabajadores de la salud, y como esto puede afectar el proceso de salud/enfermedad para poder intervenir con estrategias planificadas de manera más eficaz, con la premisa que el polo positivo de la salud es la meta.

PROPUESTAS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y MEDIDAS PARA ABORDAR ESTA PROBLEMÁTICA

La prevención de los factores de riesgo psicosociales, el estrés y la fatiga en médicos en formación de su especialidad es fundamental para garantizar su bienestar y rendimiento profesional. Desde el punto de vista de la medicina del trabajo, se pueden aplicar diversas medidas para abordar esta problemática. Aquí hay algunas recomendaciones:

1) Evaluación periódica de riesgos: Realizar una evaluación de riesgos psicosociales específicos en el entorno laboral de los médicos en formación. Esto puede incluir encuestas y entrevistas para identificar las áreas que generan estrés o desgaste emocional.

2) Información, formación y concientización: Capacitar a los médicos en formación sobre la importancia de la salud mental y la prevención del agotamiento profesional. Promover un liderazgo activo. Formar e informar sobre la resolución de conflictos. Promover la conciencia sobre los factores de riesgo y las estrategias para enfrentarlos puede ayudar a construir una cultura de apoyo y bienestar en el lugar de trabajo.

3) Organización del trabajo: Establecer horarios de trabajo adecuados, reducir las jornadas laborales excesivas y garantizar suficientes períodos de descanso y tiempo libre. Una buena organización del trabajo puede disminuir la carga de estrés y prevenir el agotamiento.

Definir adecuadamente las tareas a realizar e incluir las responsabilidades. Las tareas encomendadas deben de tener sentido y razón. Los objetivos del médico en formación y la institución en donde realiza su especialidad deben estar alineados. Informar sobre la calidad de los trabajos realizados. Fomentar la autonomía del médico residente en la realización de sus tareas.

4) Apoyo psicológico: Proporcionar acceso a servicios de apoyo psicológico, como asesoramiento y terapia, para que los médicos en formación puedan abordar los desafíos emocionales y psicosociales que enfrentan durante su entrenamiento.

5)Programas de bienestar y autocuidado: Fomentar programas que promuevan el autocuidado, la gestión del estrés y el equilibrio entre la vida laboral y personal. Esto puede incluir actividades como yoga, meditación, ejercicio físico y talleres sobre manejo del estrés.

6)Fomentar el trabajo en equipo: Promover un ambiente de trabajo colaborativo y de apoyo entre colegas y supervisores. El trabajo en equipo puede reducir la sensación de aislamiento y aumentar el apoyo social, lo que es beneficioso para la salud mental de los médicos en formación.

7)Supervisión adecuada: Garantizar una supervisión adecuada y un seguimiento regular del progreso y bienestar de los médicos en formación. Una supervisión cercana puede ayudar a detectar problemas a tiempo y proporcionar orientación cuando sea necesario.

8)Políticas institucionales: Establecer políticas y prácticas que promuevan un ambiente laboral saludable y respetuoso. Esto puede incluir políticas de prevención del acoso laboral y mecanismos para abordar los conflictos interpersonales.

9)Establecer canales de comunicación abiertos: Fomentar una cultura de comunicación abierta y receptiva, donde los médicos en formación puedan expresar sus inquietudes y necesidades sin temor a represalias.

10)Monitoreo continuo: Realizar evaluaciones periódicas para medir el impacto de las medidas implementadas y realizar ajustes cuando sea necesario para mejorar la efectividad de la prevención.

Es importante que estas medidas se implementen de manera integral y sostenida en el tiempo para apoyar el bienestar de los médicos en formación y lograr un ambiente de trabajo más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- Betancourt, Oscar. La salud y el trabajo.
- Betancourt, O. Salud y Seguridad en el Trabajo OPS/OMS – FUNSAID, 1999.
- Breilh, J. Epidemiología del Trabajo, Reflexiones Metodológicas para un Avance de la Línea Contrahegemónica, mimeo, CEAS, Quito, 1992, p. 19.
- Breilh J. Componente de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social. OPS 1991
- Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010; 6 (1) : 83-101
- Eibenschutz C, Tamez S, González R ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
- Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC, eds. Debates en Medicina Social. Quito. OPS/ALAMES; 1991.
- García, J.C.,” La categoría trabajo en medicina”, Cuadernos medico sociales, Asociación Médica Rosario N° 30, 1987. P. 6.
- Kanawaty. G. et al. Managing and developing new forms of work organization, Za edición. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1982.
- Kohen, J. Disertación ALAMES 2016, tesis doctoral Trabajo docente.
- Laurell, A.C. La salud y la enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud (México, D.F.) 1982 abril 2 7-25.
- Laurell , A.C, Noriega M. Proceso de trabajo y salud en SICARTSA. Cuadernos Medico Sociales 1987,40:5-24.
- Morales-Borrero, Carolina; Borde E; Eslava-Castañeda J.; Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales o implicaciones radiológicas. <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>.
- Neffa, Julio Cesar. CYMAT. Los Riesgos Psicosociales en el trabajo.
- OMS. Serie de Informes Técnicos No 7 14, 1985 (Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas: informe de un Comité de Expertos de la OMS)
- Rodríguez CA. (2005). La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Samaja J. Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- Spinelli La salud de los trabajadores de la salud; 2013.

