UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
14^a Cohorte (2011-2013)

TESIS PARA LA APROBACIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Trabajar en el hospital público: salud, trabajo y empleo en profesionales de la
salud del conurbano bonaerense. 2010-2012.

MAESTRANDA

Lic. Yaima Morales Castellón
Psicóloga

DIRECTOR

Lic. Carlos Guevel

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
14° COHORTE / 2011-2013

TESIS PARA LA APROBACIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Trabajar en el hospital público: salud, trabajo y empleo en profesionales de la
salud del conurbano bonaerense. 2010-2012.

MAESTRANDA

Lic. Yaima Morales Castellón

DIRECTOR

Lic. Carlos Guevel

JURADO

Dr. Carlos Aníbal Rodríguez

Dra. Cecilia Ros

Dr. Guido Ignacio Giorgi

FECHA DE DEFENSA

24/04/17

CALIFICACIÓN

8 (Ocho)

A Daniel y Oliverio, compañeros de mi vida

A mis padres, que me dieron raíces y alas

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros/as de investigación “La salud de los trabajadores de la salud”, por permitirme formar parte de esa experiencia y por compartir los datos con los que realicé esta tesis.

A Andrés, Gisela y Sebastián, por el camino recorrido en el campo de la salud de los trabajadores. Por la posibilidad de aprender juntos. Por tantas horas compartidas de campo, escritorio y vida.

A Carlos Guevel, por la generosidad con el conocimiento, la minuciosidad de los aportes y por estar siempre disponible.

A Adrián Santoro, por las orientaciones oportunas.

A Vane, Maga, Tati, Anahy, Enrique, Geor, Gaby, Lucía, y de nuevo a Seba y Gise. Por hacer tan disfrutable el trabajo. Por tantas complicidades.

A Lucía, Laura, Bety, Carolina, Carla y Diana. Amigas, compañeras de ruta.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar y comparar los perfiles demográficos, de salud, los procesos de trabajo y la situación laboral de los profesionales universitarios –médicos y no médicos- de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires en el período 2010-2012. Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal, que utilizó fuentes secundarias. Se trabajó con una muestra de 583 trabajadores con nivel universitario y más. Los resultados muestran que tanto los médicos como los no médicos identifican el diálogo con los pacientes como la principal herramienta. También les son comunes daños a la salud como: enfermedades osteoarticulomusculares y radiculares, oftalmológicas, gastrointestinales y padecimientos mentales. Pero, estas poblaciones tienen cuestiones que las diferencian. Los profesionales médicos tienen una estructura de edad más envejecida y tienen mejores salarios. Además, valoran menos vínculo con los pacientes que el resto de los profesionales del hospital. Resulta llamativo que los médicos muestran un mayor deterioro en las condiciones de trabajo y la mayoría tiene más de un empleo. Los médicos están más expuestos a riesgos relacionados a la manipulación de agujas, trabajos de pie y sentado, vista fija y concentrada, manipulación de materiales infestados y látex. En términos generales, podría pensarse que nuestra población de estudio se ve signada por las características del trabajo hospitalario, dígase la alta especialización, el verticalismo y los limitados vínculos con los pacientes. La historia de hegemonía médica no está constituyendo necesariamente una garantía de mejores condiciones y bienestar al interior de los hospitales.

PALABRAS CLAVE: Empleos en salud; médicos; estado de salud; condiciones de trabajo; hospital público.

ABSTRACT

The objective of the present work is to characterize and compare the profiles – in terms of demographics, health, work processes and employment situation – of health professionals with a university degree (doctors and other professionals) working in provincial general health establishments in the Greater Buenos Aires area during the period 2010-2012. The study was qualitative and observational, using secondary sources. The sample was comprised of 583 workers with a university degree or higher. The results show that both doctors and other professionals have salaries that allow them to be the primary wage earner in their homes. Both groups identify dialogue with their patients as their primary tool. They also both report similar health issues, such as osteo-articular-muscular, radicular, ocular, gastrointestinal and mental disorders. However, these populations differ in other aspects. Doctors show an older age structure and earn better salaries. They also place greater value in their connection with patients than do the other hospital professionals. It is noteworthy that doctors report greater deterioration in working conditions and the majority hold more than one job. Doctors are more exposed to risks related to handling needles, working in a standing or sitting position, maintaining a fixed and concentrated gaze, handling infected materials, and latex. Overall, one could consider our study population to be marked by the characteristics of hospital work, such as high specialization, verticalism, and limited connections with patients. The history of medical hegemony does not necessarily constitute a guarantee of better conditions and greater wellbeing within the hospital.

KEY WORDS: Health occupations; physicians; health Status; working onditions; public hospital.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	51
Figura 2. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, según ocupación. Argentina, 2010-2012.	52
Figura 3. Distribución porcentual por grupos de edad de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	54
Figura 4. Distribución porcentual por sexo de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	55
Figura 5. Distribución porcentual del salario mensual del hogar de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	58
Figura 6. Distribución porcentual del salario mensual percibido en el hospital por los médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	59
Figura 7. Uso de tecnologías (blandas, duras-blandas y duras) en el trabajo cotidiano de los médicos y otros profesionales de salud, de los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	61
Figura 8. Distribución porcentual del acuerdo de médicos y otros profesionales de salud, respecto a diversas afirmaciones relacionadas al vínculo con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	63
Figura 9. Distribución porcentual del acuerdo de médicos y otros profesionales de salud, respecto a diversas afirmaciones relacionadas a la comunicación con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	64
Figura 10. Frecuencia relativa de la exposición condiciones y elementos nocivos en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos	71

generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Figura 11. Frecuencia relativa de la percepción de riesgos de accidentes de trabajo en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. 73

Figura 12. Distribución porcentual de la cantidad de empleos en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. 75

Figura 13. Distribución porcentual de la percepción de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012 78

Figura 14. Frecuencia relativa de problemas de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. 80

Figura 15. Frecuencia relativa de problemas “síntomas” o padecimientos en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012. 83

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Esquema general de la estructura del Instrumento utilizado por EETSAL	41
Cuadro 2. Variables del estudio. Definición operacional, indicadores y categorías	42

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Distribución porcentual del número de horas trabajadas en la semana, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

67

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ART	Aseguradoras de Riesgos del Trabajo
BP	Burocracia Profesional
Cymat	Condiciones y medio ambiente de trabajo
IC	Intervalo de Confianza
IMT	Instituto de Medicina del Trabajo
MOI	Movimiento Obrero Italiano
MMH	Modelo Médico Hegemónico
PSEAC	Proceso salud-enfermedad-atención-cuidado
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRT	Superintendencia de Riesgos del Trabajo
SSPTyEL	Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales

CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	14
1.	EL ESTADO DEL ARTE. UN POCO DE LO QUE SE HA PUBLICADO.....	17
1.1	Principales resultados de la búsqueda.....	17
1.1.1	Metodologías predominantes en los trabajos	18
1.1.2	Población de estudio.....	19
1.1.3	Temas abordados	19
1.2	Los trabajadores de la salud. Principales resultados.....	22
1.2.1	Notas sobre el empleo en el sector	22
1.2.2	La salud de los trabajadores en el Aglomerado Gran Buenos Aires	24
2.	MARCO TEÓRICO	26
2.1	El enfoque de la Salud de los trabajadores como marco teórico general.....	26
3.2	El Modelo Médico Hegemónico: una arista fundamental en el abordaje de la salud de los trabajadores	27
3.3	Procesos de profesionalización. La profesión médica.....	28
3.4	El trabajo en salud	29
3.5	Trabajar en salud en la Argentina. Condiciones de trabajo y empleo	31
3.5.1	Condiciones y medio ambiente de trabajo. Apuntes teóricos.....	31
3.5.2	Condiciones y medio ambiente de trabajo: hablando de riesgos.....	32
3.5.3	Riesgos psicosociales y sus consecuencias para la salud. Para empezar a debatir sobre el sufrimiento mental	33
3.6	Salud autoreferida: una forma de medición.....	34
3.	PREGUNTA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	35
3.1	Pregunta	35
4.2	Hipótesis	35
3.2	Objetivo general.....	36
3.3	Objetivos específicos	36
4.	METODOLOGÍA.....	37
5.1	Universo y unidad de análisis.....	37
4.1.1	Universo o población objetivo.....	37
4.1.2	Unidad de análisis. Criterios de inclusión y exclusión.....	37
4.2	Período de referencia y ámbito geográfico	38
4.2.1	Descripción del ámbito de estudio.....	38
4.3	Tipo de estudio.....	39

4.4	Características del diseño de la investigación y fuente de datos	39
4.4.1	El cuestionario	40
4.5	Variables	41
5.6	Procesamiento, análisis y presentación de los datos.....	48
5.7	Aspectos éticos	49
5.8	Sesgos y límites del estudio.....	50
6.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
6.1	¿Quiénes son? ¿Qué hacen? Perfiles sociodemográficos de los profesionales de la salud de hospitales del Gran Buenos Aires	51
6.2	Procesos de trabajo en el hospital público.....	60
6.2.1.	Procesos de cuidado, comunicación y vínculos	60
6.2.2	Otras aristas de las condiciones y medio ambiente de trabajo	66
6.3	Pluriempleo.....	74
6.4	Salud y enfermedad autoreferidas	77
6.4.1	¿Estrés o sufrimiento mental? Problematicando los llamados padecimientos mentales.....	81
6.4.2	Vínculo con el trabajo y mecanismos de atención de la salud de los trabajadores: la poca precisión de los datos	84
7.	CONCLUSIONES.....	86
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	90
	APÉNDICES	98
	LISTADO DE ANEXOS	135
	ANEXO	136

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo en tanto problemática de la salud colectiva, presenta desafíos como parte del estudio de los determinantes sociales – en rigor, socioestructurales- de la salud, tanto en la Argentina como a nivel internacional. Problematizar los procesos de trabajo, las formas que estos adoptan en cada tipo de actividad, en cada país o clase social, constituye un desafío que tiene más de tres décadas (Laurell, 1978; Oddone *et al.*, 1986; Cárcoba *et al.*, 2007). Parte de este desafío, tiene que ver con el planteo de discusiones que trasciendan las clásicas propuestas de la higiene y salud ocupacional, centradas por ejemplo en el concepto de ambiente¹, y con una mirada individualizada del trabajador (Mendes & Costa Dias, 1991). Esta perspectiva desestima la dimensión productiva y las relaciones sociales presentes que constituyen determinantes del trabajo y que resulta necesario rescatar desde una mirada más integral, colectiva. En esta línea, consideramos que un abordaje de la salud de los trabajadores precisa una problematización del trabajo (Menéndez, 2005). Así, el presente estudio se propone contribuir a la problematización del trabajo como uno de los principales determinantes socioestructurales del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

Hacer foco en el trabajo en salud supone pensarlo con las particularidades propias del campo² en que se desenvuelve. Dichas particularidades están dadas por: trabajar con un objeto de difícil definición -la salud-, con instituciones complejas que funcionan las 24 horas, los 365 días del año, la alta autonomía de los trabajadores en la base, así como el hecho de lidiar con la vida, la muerte y el sufrimiento humano, hecho que pone en juego la vida misma de los trabajadores sus valores e ideologías (Spinelli, 2010). Se trata de un sector marcado por un deterioro de las condiciones de empleo y trabajo –multiempleo, extensión de jornadas laborales, subcontratación y tercerización para el caso de algunas ocupaciones-, situación que sin duda impacta en la salud de los trabajadores (Novick & Galin, 2003). La limitada prevención de riesgos laborales, las dificultades para adaptarse, aún hoy día, al sistema de

¹La Salud Ocupacional propone un análisis del ambiente en tanto conjunto de riesgos físicos, químicos y biológicos que se encuentran en el lugar de trabajo, y que constituyen causas potenciales de accidentes y enfermedades laborales.

² Tomamos como referencia el concepto de campo entendido como red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones que se estructuran alrededor de relaciones de fuerza y dominación entre agentes, grupos sociales e instituciones (Bourdieu P, Wacquant L, 1995).

prevención de riesgos derivados de la Ley Nacional 24.557³, así como la escasa presencia de Servicios de Medicina del Trabajo o de Seguridad e Higiene propios (cuando existen disponen de escasos recursos), configuran un enorme déficit en las políticas preventivas en salud laboral en este sector (Werner, 2009; Spinelli *et al.*, 2013).

Esta investigación toma como base una investigación más amplia realizada en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, titulada “La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina 2010-2012”⁴ (Spinelli *et al.*, 2013). En particular, acá pretendo aportar a la comprensión de las particularidades de los grupos profesionales médicos y no médicos de dichos hospitales, profundizando en las semejanzas y diferencias de sus perfiles sociodemográficos, de salud, trabajo y empleo.

Al interior del campo de la salud, los profesionales -entendidos acá como aquellos trabajadores de la salud con formación universitaria-, conforman la mayor parte de los trabajadores, lo cual nos habla de un espacio social con un elevado nivel de instrucción y también, en este caso, una elevada especialización técnica (Mintzberg, 2001). Los profesionales, al decir de Mintzberg (2001), conforman la base de los hospitales, lo cual le otorga ciertas particularidades a este tipo de organizaciones. Estas particularidades tienen que ver, en el caso de los médicos con un protagonismo al interior del campo, dado entre otras cosas, por la hegemonía de su saber. Esta hegemonía forma parte de una construcción histórica que involucra no solo a estos profesionales, sino a otros actores dentro y fuera del campo de la salud (Menéndez, 2005). En este sentido, nos parece interesante indagar en las particularidades de sus perfiles de salud, trabajo y empleo, así como lo que los diferencia de otros trabajadores, también profesionales de la salud. Sobre la base de la información obtenida por dicha investigación, la presente investigación pretende aportar conocimiento específico mediante la comparación de perfiles de salud, trabajo y empleo de trabajadores profesionales –médicos y no médicos- de hospitales públicos del conurbano bonaerense.

La obtención de información generalizable, aún con limitaciones, podría ser de gran interés para las políticas de salud pública en general, y de salud del trabajador, en particular. Mi motivación personal por los temas de salud y trabajo, impulsados por el recorrido en la

³Un avance, pequeño pero importante, lo constituye la reciente incorporación de las hernias, várices y lumbalgias al listado de enfermedades profesionales que deben cubrir las ART.

⁴ En lo adelante será referido como “La salud de los trabajadores de la salud”.

Maestría, así como mi incorporación en el estudio antes mencionado, hace que tenga especial interés en continuar profundizando en el análisis de distintos temas referidos a los trabajadores de la salud en Argentina. En este sentido, me inspira poder aportar un poco más a un trabajo riquísimo que comenzó hace poco más de cuatro años, y de alguna manera contribuir a la discusión entorno a la salud y las condiciones de trabajo y empleo de los trabajadores de la salud, ante la ausencia de un -cada vez más necesario- sistema de vigilancia en salud del trabajador.

1. EL ESTADO DEL ARTE. UN POCO DE LO QUE SE HA PUBLICADO

El proceso de búsqueda bibliográfica que acompañó nuestro trabajo ha sido dinámico y se ha ido enriqueciendo a lo largo del proceso. Tuvo un momento fundante como parte de la construcción del proyecto de tesis, que luego se fue complementando y ampliando con algunos textos más actualizados y otros históricos que emergieron durante el análisis de resultados y la escritura del informe.

En el presente capítulo se presentan algunos criterios generales del diseño de la búsqueda bibliográfica, así como los principales resultados encontrados. Otros textos se fueron agregando durante el proceso de elaboración del informe; estos, si bien no quedaron incluidos en el presente capítulo, sí se incluirán a la presentación de resultados. En términos generales la búsqueda bibliográfica se propuso tener una noción general de las publicaciones existentes entorno a investigaciones focalizadas en profesionales de salud, y que tocaran temáticas referidas al estado de salud, condiciones laborales y de empleo. El objetivo final de la revisión bibliográfica se centró específicamente en una identificación del campo de estudio en términos de: 1) caracterización de la salud, las condiciones y procesos de trabajo, y situación laboral en profesionales de la salud (médicos y no médicos); y 2) comparación entre grupos profesionales.

Por último, consideramos necesario aclarar que el presente Estado del arte está formado por un corpus de trabajos encontrados como parte de la revisión bibliográfica en bases de dato de acceso abierto, pero también por algunos textos que si bien no entran en estos criterios, sí constituyen referencia obligada para la lectura de nuestros datos.

1.1 Principales resultados de la búsqueda

Los resultados que aquí se presentan tienen que ver con un análisis general de las características de las publicaciones encontradas en términos de: tipo de estudio, temas abordados y población de estudio. No es objetivo de este trabajo presentar resultados detallados de los artículos revisados, dado que al elegir revisar trabajos que centraban en

algunas partes de mi problema de estudio –dígase: trabajos sobre algunas profesiones específicas o sobre temas puntuales de estado de salud, condiciones de trabajo y situación laboral- el número, y por tanto la diversidad de trabajos, excedía la intención de esta tarea. Por otra parte, no fueron encontrados textos específicos sobre el problema de este estudio: comparación de perfiles de salud, trabajo y empleo de trabajadores médicos y no médicos. El siguiente esquema, permite visualizar la gran cantidad de trabajos que toman como población a los trabajadores de profesiones de la salud, en las bibliotecas electrónicas indagadas.

Fuente: Elaboración propia

El cribado tuvo que ver con una depuración de las listas arrojadas en las búsquedas generales en las cuáles se desecharon artículos duplicados, aquellos que abordaban temas diferentes a los objetivos de la presente investigación y los que se focalizaban en la población trabajadores no profesionales de la salud. También se desecharon artículos teóricos y guías de trabajo. Teniendo en cuenta, la cantidad de textos encontrados y los objetivos de la búsqueda se realizó un primer análisis de los trabajos sobre la base de la lectura de títulos y resumen. En el caso de los artículos que coincidían más con la problemática del presente estudio, se realizó una lectura pormenorizada; esta última constituye en buena medida el soporte del capítulo Resultados y discusión.

1.1.1 Metodologías predominantes en los trabajos

Los artículos revisados, en su mayoría correspondían a estudios cualitativos. Estos generalmente hacían referencia a percepciones de algunos grupos de trabajadores sobre diversos aspectos relativos a la salud, la enfermedad, los pacientes o el trabajo; otros daban

cuenta de procesos de trabajo, o de dinámicas de grupos de trabajo o servicios específicos. Los estudios cuantitativos encontrados se focalizaban en descripciones sociodemográficas, estudios de enfermedades y factores de riesgo; otros abordaban temáticas diversas a partir de encuestas estructuradas. Solo tres de los trabajos cuantitativos encontrados hacían referencia a perfiles de morbilidad, sobre la base de estudios de prevalencia de enfermedades profesionales (trastornos musculoesqueléticos, alergia al látex y tuberculosis). No se encontraron artículos basados en otros diseños epidemiológicos. En su mayoría, los estudios encontrados -por ser esencialmente cualitativos y/o no basados en muestreos probabilísticos-, no pueden ser generalizables a conjuntos poblacionales de profesionales de la salud.

1.1.2 Población de estudio

Los artículos encontrados correspondían a estudios en profesionales de medicina, trabajo social, psicología, odontología y enfermería. En el caso de las y los médicos, muchos de los trabajos hacían referencia a especialidades como pediatría, obstetricia, psiquiatría, cirugía y anestesiología. Los profesionales de enfermería, fueron la población de estudio más recurrente. Por último, gran parte de los estudios, en lugar de focalizarse en un grupo profesional específico, trabajó con grupos de trabajadores de diferentes servicios o unidades de salud como: emergencia, salud mental, geriatría, infectología, atención primaria de salud.

1.1.3 Temas abordados

En este apartado se presentará con más detalle algunos de las principales temáticas abordadas en los estudios. Se colocarán las referencias de cada temática ya que los trabajos que acá siguen, constituyen fuentes relevantes para leer y analizar los resultados del presente estudio⁵. Como se ve en el esquema antes presentado (en el apartado 2.1.1), la mayor parte de los artículos encontrados hacía referencia a temáticas relacionadas a condiciones y procesos de trabajo en salud. Así, muchos se dedicaban a describir dinámicas cotidianas de trabajo en servicios hospitalarios o centros de atención primaria, describiendo tareas (Marques *et al.*, 2012; Santana *et al.*, 2012; Cotta, Mendoça & Costa, 2011; Vieira *et al.*, 2010). Otros

⁵ En los apartados anteriores solo se presentó la metodología y población de manera general, sin hacer referencia a las citas.

abordaban temáticas como: condiciones de trabajo y factores de riesgo ocupacionales clásicos (químicos, físicos, biológicos) (Oliveira, Alves & Miranda, 2009; Sarquis & Felli, 2009; Martínez, *et al.*, 2008; Tomasina *et al.*, 2008; Hernández Navarrete, 2004; Blázquez & Novoa, 2004); en ambos casos los estudios apelaban a la descripción y caracterización, más que a estudiar su influencia en la salud de los trabajadores de la salud. Además, se trabajaron otros temas referidos a factores psicosociales (demanda, control, apoyo y otros factores referidos a las relaciones intersubjetivas), trabajo nocturno, calidad de vida, salarios, participación, trabajo en equipo, conflictos, relación con los pacientes, entre otros (Longhi, Craco & Palha, 2013; Chiang, Gómez & Cigoña, 2013; Acosta *et al.*, 2013; Nogueira *et al.*, 2010; Cruz *et al.*, 2010; Santana, 2010; Simino, Santos & Mishima, 2010; Arenas-Monreal *et al.*, 2004).

Coincidió en varios estudios encontrados la presencia de malas condiciones de trabajo (escasez de recursos, elevada carga de trabajo, poca organización y claridad de los contenidos de trabajo) y empleo (inestabilidad, disputa de plazas, bajos salarios, pluriempleo). Asimismo, también pude verse cómo temas recurrente del trabajo en salud las elevadas demandas cuantitativas, el trabajo bajo presión y la carga emocional.

Estos temas mostraron enfoques teóricos muy diversos, que iban desde los clásicos abordajes de la Medicina del Trabajo y la bioseguridad, hasta perspectivas más cercanas a la Salud del trabajador, que rescata las dimensiones políticas y psicosociales, la relevancia de los vínculos entre los actores en salud.

Un tema recurrente, sobre todo en los trabajos de los últimos 10 años, es la violencia en el trabajo, como forma de deterioro de las relaciones interpersonales (Dal Pai *et al.*, 2015; Tuya-Figueroa & Mezones-Holguín, 2012; Domínguez *et al.*, 2012; Acosta *et al.*, 2013; Bobroff & Martins, 2013; Abadia *et al.*, 2012; Velloso, Araújo & Alves, 2011). Estas investigaciones indagaron en la violencia física y psíquica, entre compañeros, con superiores o en la relación con los pacientes. Un detalle importante es que en este último caso, por lo general estudiaba la violencia ejercida por los pacientes hacia el personal de salud – y no al revés. Gran parte de dichos estudios coincidieron en que las mujeres, el personal de enfermería y de urgencias, son los grupos más vulnerables a los diferentes tipos de violencia. Todos los trabajos encontrados, tuvieron un enfoque cualitativo.

Otro grupo importante de artículos tomaban como foco de estudio lo que pudiéramos definir como proceso de salud-enfermedad-atención, a pesar de que no lo

llamaban de esta manera. Si bien, como parte de las búsquedas estructuradas en muchos casos se habla de estado de salud, nuestra mirada se centró en mirar un poco más allá de este concepto. Un grupo de estudios se centró en la descripción de enfermedades específicas como alergias, tuberculosis, SIDA, hepatitis B, trastornos musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares, diabetes, estrés, entre otras (Lovera *et al.*, 2014; Nakandakari *et al.*, 2014; Puentes Sánchez & Cabrera Enriquez, Díaz Velez, 2012; Pérez-López *et al.*, 2011; González *et al.*, 2010; Bottoli, Moraes & Goldmeier, 2009). Estos estudios, se concentraban en cálculos de prevalencias para grupos específicos de trabajadores de la salud, así como la caracterización de los casos. Otros, en menor medida a la caracterización de lo que se denomina estado de salud (Cacciari *et al.*, 2013).

Por otra parte, cabe destacar que las enfermedades mentales y el sufrimiento mental en general, constituyeron una mayoría de estudios; estos tenían que ver no solo con el estrés, sino también desgaste psíquico, burnout o fatiga (Filho & Araujo, 2015; Dal Pai *et al.*, 2015; Chiang, Gómez & Cigoña, 2013; Acosta *et al.*, 2013; Cruz *et al.*, 2010; Valecillo *et al.*, 2009; Oliveira & Chaves-Maia, 2008; Gaynés, Giménez & Portell, 2004). Una vez revisados los trabajos encontrados entorno a las problemáticas de salud mental, se puede decir que en su mayoría corresponden a estudios cualitativos y en menor medida a validaciones de escalas evaluativas, con un abordaje esencialmente biomédico. Esto quiere decir que la mayor parte de los abordajes tenían que ver con una mirada psicofisiológica de los padecimientos mentales, centrados básicamente en la búsqueda de causas y en la descripción de formas de manifestación física y psíquica, desde una perspectiva esencialmente sintomática, biologicistas y centradas en el “padecimiento” individual. Las propias definiciones de estrés, depresión o burnout aluden a una forma de entender los padecimientos mentales, más apegados a la biomedicina, a la psiquiatría y psicopatología más tradicional. La mayor parte de este tipo de estudios se referían esencialmente al personal de enfermería y a los médicos. Resulta interesante que una parte de los estudios encontrados que profundizaban en las causas de las situaciones de los padecimientos mentales, se enfocaron en las explicaciones de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo. En este sentido, algunos de ellos tomaron como marco teórico el modelo demanda-control-apoyo de Karasek, una propuesta que resulta muy útil para la comprensión de los factores de riesgo de tipo psicosocial (Costa Schmidt, 2013; Prochnow *et al.*, 2013). En el caso de estos estudios, el modelo de explicación causal resulta mucho más complejo e integral que el modelo de explicación de consecuencias.

Por último, hablando de otros hallazgos de la búsqueda bibliográfica vale destacar que pocos trabajos se concentraron en los accidentes de trabajo y en procesos de atención como la vacunación (Costa *et al.*, 2013; Martínez, *et al.*, 2008; Mayer, 2004). No se encontraron artículos que integraran perfiles sociodemográficos, de salud, trabajo y empleo como pretende hacer la presente investigación. Los trabajos encontrados con diseños comparativos, abarcaban países o instituciones, en ningún caso realizaban comparaciones entre grupos de trabajadores.

1.2 Los trabajadores de la salud. Principales resultados

Teniendo en cuenta la poca cantidad estudios encontrados referidos a la situación demográfica, de trabajo, empleo y salud de los trabajadores de la salud, sobre todo en Argentina, resulta importante resaltar algunos estudios que constituyen referentes de esta investigación y que no formaron parte de la búsqueda en bases de dato de acceso abierto como los anteriormente presentados.

A continuación se presentan algunos trabajos que dan cuenta de la situación del empleo en el campo de la salud en la Argentina, así como los principales resultados de “La salud de los trabajadores” (Spinelli *et al.*, 2013) el estudio madre de la presente investigación.

1.2.1 Notas sobre el empleo en el sector

En la Argentina, el nivel de ocupación en el campo de salud, ha mantenido desde los comienzos del presente siglo, una tendencia creciente tanto para el sector público como para el privado. En el segundo semestre del 2012 el número de trabajadores ocupados en la Argentina, en la totalidad del sector salud⁶ alcanzó un total de 765.971 trabajadores (Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales–DGEyEL, 2013). Según esta fuente, en el 2012, habían en la Argentina 334.564 trabajadoras y trabajadores ocupados en el sector público de los cuáles 107.976 (el 32,3%) eran profesionales.

⁶ Incluye sector público y privado.

A finales del 2012, había en la Argentina aproximadamente 160.041 médicos en edad activa⁷, lo cual correspondería a 3,88 médicos cada mil habitantes (Williams *et al.*, 2014). Este indicador muestra un aumento en la razón de médicos por habitantes respecto al 2001, momento en que los registros censales calculaban 3,22 médicos cada mil habitantes⁸. En el 2001, los médicos constituían la categoría predominante, al representar el 40% del total de trabajadores del campo (Abramzón, 2005). Le seguían en menor proporción los psicólogos (15%) y odontólogos (12%). El resto de los grupos profesionales tiene muy baja representación en la totalidad de los profesionales del campo; no llegan a superar el 7%. El caso de los enfermeros constituyen solo poco más del 4% (Abramzón, 2005)⁹. Es decir se trata de un equipo de salud que al decir de Abramzón (2005), se sostiene en torno al trabajo del médico, con una baja participación del personal de enfermería.

Otras características del empleo en el sector apuntan a la presencia femenina en el sector, a las asimetrías en la distribución geográfica, y a la flexibilización como forma de precarización del trabajo. En el segundo semestre del 2012, el 67,1% de los trabajadores del sector público eran mujeres (Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales–DGEyEL, 2013). Esta preponderancia de las mujeres -no solo en el ámbito público, sino en la totalidad del sector-, se venía desarrollando desde los años sesenta, con un punto de inflexión de la tendencia creciente a inicios de los ochenta, “momento identificado como el de consolidación del ingreso masivo de las mujeres a la universidad” (Abramzón, 2005, p.39). Esto permite a Abramzón (2005) y a Williams *et al.* (2014) hablar de un “proceso de feminización” de la mayor parte de las profesiones en salud, en particular de la medicina. A su vez, se perciben asimetrías en la distribución geográfica de los profesionales en el país, con claros privilegios para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires (Abramzón, 2005).

Una última característica tiene que ver con la flexibilidad laboral. Esta, tal y como apuntan Novick & Galin (2003), constituye una forma de desregulación del mercado o reducción de la protección a los trabajadores por parte del Estado. La flexibilidad puede ir

⁷ Cabe destacar que este cálculo fue realizado en base al registro de matrículas médicas, por lo cual estaría indicando, en rigor, el número de profesionales médicos en ejercicio registrado en el país.

⁸ “Cabe señalar que el cálculo anterior se basaba en la cantidad total de médicos (en actividad e inactivos), mientras que al valor de 3,88 se arribó contabilizando sólo a los médicos en actividad, lo que hace suponer un aumento aún mayor en la relación.” (Williams *et al.*, 2014, p.40)

⁹ El trabajo de Abramzón (2005) constituye el último y más completo estudio sobre profesionales de la salud en el país. Fue realizado con datos censales.

desde prácticas permisivas que permiten a los trabajadores rotar en sus funciones, el no cumplimiento de las horas establecidas por la jornada laboral legal, hasta la desregulación del medio ambiente de trabajo, haciendo de este un lugar contaminado o riesgoso. En este sentido, los autores señalan la existencia de formas de flexibilización en el sector salud, dadas por el incremento desregulado de las horas de trabajo. Así en el Gran Buenos Aires se registra “un aumento significativo en las jornadas superiores a 61 horas semanales” (Novick & Galin, 2003, p.76) en el período 1990-2000; a su vez, quienes registran más cantidad de horas trabajadas son los profesionales (46,9%), sobre todo los médicos (51,7%) (Novick & Galin, 2003)¹⁰. Se registra además la existencia de lo que los autores llaman multiempleo, como práctica extendida en el sector. Respecto al pluriempleo o multiempleo, este alcanza el 54% cuando se analiza exclusivamente al grupo de profesionales; en el caso de los médicos esta cifra alcanza los dos tercios (Novick & Galin, 2003).

1.2.2 La salud de los trabajadores en el Aglomerado Gran Buenos Aires

Sobre la base de un diseño muestral probabilístico, el estudio La salud de los trabajadores (Spinelli *et al.*, 2013), tuvo como universo a los trabajadores y trabajadoras de diversas categorías ocupacionales (enfermeros, servicios, administrativos, técnicos, médicos, así como trabajadores de otras profesiones asistenciales y no asistenciales) que se desempeñaban en establecimientos generales de dependencia provincial del Aglomerado Gran Buenos Aires, durante los años 2010-2012.

En términos demográficos en La salud de los trabajadores (Spinelli *et al.*, 2013) se destaca que la proporción de mujeres, en la población estudiada es mayor que la de hombres; más de la mitad de los trabajadores y trabajadoras está casado o convive con su pareja; y cerca del 80% tiene hijos. A su vez cerca de la mitad de los trabajadores convive con personas que precisan cuidado, ya sean menores de edad, ancianos o minusválidos (Spinelli *et al.*, 2013).

Respecto a las particularidades del trabajo en el hospital, el 13% de las y los trabajadores manifestaron superar las 48 horas de trabajo semanal, y cerca de un cuarto del total de trabajadores tiene menos de dos días de descanso a la semana. Cerca de la mitad de los trabajadores y trabajadoras manifestó realizar horas extras al menos una vez al mes; y son los médicos quienes en mayor medida se llevan trabajo a casa. Respecto a la nocividad en el

¹⁰ Basado en datos de la Encuesta de Mercado de Trabajo (2002).

trabajo, se destacó el trabajo sentado, la vista fija y concentrada, el trabajo de pie, y la manipulación de agujas como los principales elementos a los que se exponen los trabajadores; los tres últimos, fueron referidos principalmente por trabajadores con funciones asistenciales. El diálogo con pacientes y compañeros fue la principal herramienta identificada como parte del trabajo cotidiano de quienes realizan funciones asistenciales. En este sentido, las y los trabajadores perciben los problemas de comunicación como un elemento de tensión en la relación con los usuarios, donde el tiempo aparece como un recurso escaso (Spinelli *et al.*, 2013).

Por último, cabe destacar que poco más de la mitad de las y los trabajadores se encuentra en el rango salarial¹¹ de \$4.500¹² y menos, y solo el 8,6% percibe \$7.001 y más. Cerca del 80% de las y los enfermeros, se encuentra en el rango salarial más bajo (\$4.500 y menos). El 58% de los médicos se encontraba en la franja salarial de \$4.5001 a \$7.000, y el 21,6% ganaba \$7.001 y más. Por último, casi la mitad de los trabajadores (45%) tiene otro empleo además de su trabajo en el hospital; resulta notable que los mayores niveles de pluriempleo se encontraron entre los médicos, y entre los trabajadores con otras profesiones asistenciales (Spinelli *et al.*, 2013).

¹¹ Se indagó por el salario percibido mensualmente en el hospital, sin contar aguinaldos.

¹² Salario en pesos argentinos a valores del 2010-2012 (momento en que se relevó la información).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El enfoque de la Salud de los trabajadores como marco teórico general

El presente trabajo tiene como marco teórico, metodológico e ideológico la Salud de los trabajadores. Se trata de un enfoque que toma fuerza a partir de la década de los setenta del siglo pasado, como una forma de ruptura con los antiguos modelos de Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional (Mendes & Costa Dias, 1991). La propuesta tuvo que ver con una intervención de las y los trabajadores en problemáticas acuciantes de la época, referidas a las condiciones de trabajo, la seguridad en el puesto de trabajo y sus implicaciones para la salud. Fueron muchas y variadas las experiencias desarrolladas en varios países del mundo, dentro de las cuales el Movimiento Obrero Italiano (MOI) constituyó uno de los estandartes de la época.

El fomento de la hegemonía de los trabajadores, la observación espontánea de situaciones nocivas y sus posibles efectos, la validación consensual desde la mirada del grupo, la idea de grupo operativo homogéneo, la no-delegación y la no-monetarización, constituyeron las principales premisas del MOI (Spinelli *et al.*, 2013, p.42).

La experiencia del MOI irradió en nuestra región y gestó procesos particulares en países como México, Brasil y Argentina. En Argentina considero relevante destacar el papel que cumplió durante su corto período de vida (1973-1974), el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT), en un intento por desarrollar el enfoque de la Salud de los Trabajadores en el país.

Como parte del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, resulta relevante destacar la producción de AC Laurell, sobre todo lo referente a los procesos de trabajo y su relación con la salud de los trabajadores. Este movimiento, que tuvo y tiene focos de pensamiento en toda la región, defendía la idea de recuperar el punto de vista de los trabajadores en materia de salud y trabajo, para pensar los problemas de salud no solamente desde la dimensión técnica del proceso de trabajo, sino también desde sus determinantes sociales (Laurell, 1978).

Con todas estas influencias y con ideas propias y muy contundentes, comienza a gestarse a finales de los setenta en Brasil, el movimiento por la Reforma Sanitaria. Este movimiento, constituido por intelectuales y referentes del movimiento obrero, tenía como bandera, no solo las problemáticas de salud y trabajo, sino una lucha más poderosa: el reconocimiento de la salud como derecho. A finales de los ochenta, esta lucha, tuvo algunas concreciones en la Constitución nacional (1988), y en gran parte de las propuestas de lo que se llamó el campo de la Salud del trabajador¹³.

3.2 El Modelo Médico Hegemónico: una arista fundamental en el abordaje de la salud de los trabajadores

Otro eje relevante del análisis de la salud de los trabajadores tiene que ver con lo que Menéndez (2005) ha denominado Modelo Médico, entendido como las particularidades que fue adoptando el saber y la práctica médica a lo largo de la historia. El Modelo Médico Hegemónico (MMH) en particular, se caracteriza por el biologicismo, ahistoricismo, individualismo, mercantilismo y eficacia pragmática, con un limitado abordaje de la salud y la enfermedad como resultado de las condiciones de vida, del trabajo (Menéndez, 2005). La biomedicina no solo ha minimizado el papel de los factores económicos, sociales y culturales, sino que impulsa un abordaje enfocado en el individuo enfermo, más que en su condición de sujeto trabajador (Menéndez, 2005), y menos aún toma en cuenta a los colectivos afectados. Para Menéndez esta mirada reduccionista de la salud – en rigor, debería decirse de la enfermedad-, deja de lado las complejas relaciones sociales y culturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad del trabajador. Esto implica, entre otras cosas, no tomar en cuenta el trabajo como eje ordenador de la vida cotidiana, y por tanto ignorar su influencia en otras facetas de la vida como la familia. Los problemas de salud-enfermedad-atención explicados desde lo biológico, solo admiten ser abordados desde la mirada médica; y más aún, desde una mirada médica que se focaliza en la intervención sobre la enfermedad. El abordaje de “lo

¹³ En el 2012, fue instituida la Política Nacional de Salud del trabajador y la trabajadora, donde se definen nuevo principios y directrices a tener en cuenta por el SUS para la atención integral en salud del trabajador.

social” queda relegado a otros actores como el Estado, “liberando” a la biomedicina de una responsabilidad que también le atañe (Menéndez, 2005).

En este sentido se hace necesario, no solo deconstruir el MMH, sino proponerse nuevas formas de comprender el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC). En el caso particular de la salud de los trabajadores, se hace necesario problematizar el trabajo como eje estructurador de la vida, como determinante del PSEAC. En la presente investigación, el MMH constituye un punto de partida no solo para comprender el PSEAC, sino también las particularidades del trabajo en salud, de la profesión médica.

3.3 Procesos de profesionalización. La profesión médica

En el presente estudio considero relevante tomar en cuenta la forma en que se han configurado las identidades en el caso de la profesión médica, como un apoyo para comprender posibles desigualdades en los colectivos de trabajadores que forman parte de este estudio.

Si bien ya en el siglo XIX pueden encontrarse estudios incipientes sobre la forma en que las ocupaciones comenzaron a devenir profesiones, no es hasta el siglo XX en que dicho análisis toma mayor cuerpo. La consolidación de dichos estudios, tiene que ver con un el auge de las reivindicaciones profesionales y de los procesos de profesionalización de manera general (González Leandri, 1996; Belmartino, 2010). Freidson considera las profesiones como grupos de ocupaciones que han pugnado con éxito por el control de sus condiciones de trabajo (González Leandri, 1996), por el logro de una autonomía para lo cual es dependiente de la tolerancia y protección del Estado (Belmartino, 2010). La influencia estatal, mediante acciones de legitimación, apoyo, imposición y exclusión, resulta fundamental para definir las trayectorias y formas organizativas de las profesiones (González Leandri, 1996).

A manera de síntesis -y como punto medular del análisis que realizaremos sobre el tema en el presente estudio-, considero relevante destacar lo que Belmartino (2010) ha sintetizado como las bases constitutivas de las identidades profesionales:

...la búsqueda de formas organizativas destinadas a afirmar la autonomía de la profesión en la definición de las condiciones de

formación, práctica y reglas de remuneración para su membrecía; la exigencia de subordinación de profesiones y actividades auxiliares; las demandas canalizadas hacia el poder político. (Belmartino, 2010, p.330)

La Medicina debe gran parte de su fortaleza en el campo de la salud a lo que González Leandri (1996) llama el monopolio legal de la práctica, es decir a su capacidad de hospitalizar, recetar, prescribir; acciones imposibles de ser realizadas por los legos. Belmartino (2010) destaca para el caso argentino, la relevancia de la reivindicación por parte de este cuerpo profesional, de argumentos legitimatorios que enfatizan en la autonomía del practicante y la eficacia terapéutica. En la Argentina, la profesión médica se fue construyendo alrededor de disputas y transitando caminos sinuosos, logrando alcanzar su supremacía al margen de todo tipo de coerción (Belmartino, 2010). En este sentido se legitimó su derecho a la autonomía, sustentado en la confianza de la población en la fortaleza de la competencia de los médicos, en su apego al conocimiento científico. Los médicos lograron durante todo el siglo XX hacer desaparecer disputas internas, colocar otras profesiones como técnicos y administrativos en el rol de intermediarios entre ellos y los pacientes; lograron también instalar las matrículas como requisito de ingreso a la práctica (Belmartino, 2010). Se trata sin dudas de una profesión con un largo recorrido que le ha permitido construir una identidad fuerte, una imagen de supremacía. Si bien esta imagen se vio debilitada a finales de los noventa (Belmartino, 2010), sin dudas, persiste como profesión legitimada para lidiar con la enfermedad.

3.4 El trabajo en salud

El trabajo en salud, como se dijo antes, presenta singularidades signadas por las características del campo. Utilizamos la noción bourdieusiana de campo, ya que nos permite comprenderlo a este entramado de relaciones entre actores, como convergencia de recursos, intereses y problemas, como escenario de lucha. El campo es producto y productor de actores individuales y/o colectivos (Spinelli, 2010). Tal y como mencionamos en la justificación de este proyecto, el campo de la salud posee como algunas de sus características más relevantes: una gran autonomía en la base que hace la presencia de lo que Mintzberg (2001) define como

“burocracia profesional” (BP). La BP está constituida por una amplia diversidad de actores (profesionales, sindicalistas, pacientes, corporaciones, funcionarios, políticos, ect.) con capitales específicos, así como una alta complejidad en su objeto de trabajo y de sus organizaciones (Spinelli, 2010).

Pero, la complejidad del trabajo en salud, también se define por: la presencia del saber y la palabra como parte esencial de los capitales en juego, y por la simultaneidad de los procesos de producción y consumo del “producto salud” (Merhy, 2006). Ese saber en gran medida está signado por el saber médico, cuya hegemonía resulta incuestionable; a la vez que forma parte de un marco más general antes definido como MMH (Menéndez, 2005). El trabajador de salud es un trabajador cuyo campo de acción es el *trabajo vivo en acto*, un trabajo que no puede ser capturado por la lógica de los equipamientos –tecnologías duras- y los saberes tecnológicos estructurados (Merhy, 2006). En este sentido, rescatamos la concepción y tipología que realiza este autor, al definir las tecnologías presentes en el trabajo en salud como: duras (referida a los equipamientos), duras-blandas (referidas a los saberes tecnológicos estructurados), y las blandas (referidas a las relaciones, a los vínculos) (Merhy, 2006). El vínculo, ha sido definido como un

“... campo energético, invisible, que funciona en flujos circulantes que envuelven el cuidado en acto y configuran “líneas de vida” o “líneas de muerte”, según si el encuentro trabajador-usuario produce acogimiento, vínculo, autonomía, satisfacción o un modo de actuar que se manifieste de forma acotada, burocrática, produciendo heteronomía, insatisfacción” (Franco & Merhy, 2011, p.12).

Así, la teoría del trabajo en salud rescata la lógica de un tipo de trabajo poco estructurado – y por tanto de difícil normatización-, cuyas “tecnologías de acción más estratégicas se configuran en procesos de intervención en acto, operando como tecnologías de relaciones, de encuentros de subjetividades [...] estableciendo un grado significativo de libertad de elección en la manera de hacer esa producción” (Merhy, 2006, p.36). En este sentido, es altamente probable que una buena parte de los riesgos asociados al trabajo en salud¹⁴, tengan que ver con riesgos producto de las relaciones con sus pares, con sus superiores y los pacientes.

¹⁴ Sin olvidar aquellos riesgos referidos al ambiente físico, químico y biológico.

3.5 Trabajar en salud en la Argentina. Condiciones de trabajo y empleo

3.5.1 Condiciones y medio ambiente de trabajo. Apuntes teóricos

Las condiciones y medio ambiente de trabajo (cymat) se han interpretado tradicionalmente como aquellos elementos y situaciones presentes en el trabajo, que es necesario diagnosticar y controlar. Esta idea entraña, al decir de Neffa (1989) varios puntos polémicos. El primero tiene que ver con una concepción del trabajo como sufrimiento, como un proceso que indefectiblemente entraña riesgos para la salud; a su vez, esos riesgos se analizan de forma parcializada e individualizada, y la perspectiva del trabajador queda excluida del relevamiento. Por último, se acude a los trabajadores generalmente para buscar causas y responsabilidades, como en el caso de los accidentes (Neffa, 1989).

Este autor, propone el paso de la concepción tradicional a una renovadora de las cymat, en la que el trabajo no sea visto como castigo, sino como un creador de riquezas y potenciador de la vida; en la que se rescate la dimensión subjetiva y colectiva del trabajo (Neffa, 1989). Para ello, subraya la premisa de que “trabajo y riesgo no son sinónimos” (Neffa, 1989), y que una realidad compleja como esta, precisa ser abordada de manera integrada y multidisciplinaria. Así, el autor propone una concepción amplia de las cymat, que no se limite a las problemáticas de seguridad e higiene.

Los factores que forman parte de esta nueva concepción tienen que ver con elementos a nivel macro ya sea de tipo estructurales (lógicas de producción, estructura del sistema productivo nacional o el sistema político y las relaciones de fuerza), institucionales (mercado de trabajo, normas de derecho del trabajo, sistema de remuneraciones, la seguridad social o el sistema de relaciones del trabajo) o referidos a las condiciones generales de vida (Neffa, 1989). Pero, también tiene que ver con factores de nivel micro como la estructura y sistema de relaciones de trabajo de la organización, la naturaleza del objeto de trabajo y las tecnologías allí utilizadas (Neffa, 1989). Las condiciones y medio ambiente de trabajo, para este autor están determinadas por el proceso de trabajo de que se trate, e implican riesgos clásicos (físicos, químicos y biológicos), y aquellos relacionados con la organización del trabajo.

Por último, las cymat a juicio de Neffa, tiene una influencia en la salud de los trabajadores, con consecuencias que van desde la fatiga, el envejecimiento prematuro, la incidencia de accidentes, así como influencias en su esperanza de vida.

3.5.2 Condiciones y medio ambiente de trabajo: hablando de riesgos

Las condiciones de trabajo también tienen al decir de Neffa (1989), una expresión en la cotidianeidad laboral, en el nivel micro. En salud, las especificidades de cada proceso de trabajo entrañan condiciones y riesgos muy particulares. Dependiendo de cada proceso de trabajo, podría hablarse de condiciones de trabajo diversas que van desde largos períodos de pie o sentado, el esfuerzo físico, el manejo de situaciones emocionalmente intensas, la exposición a fluidos biológicos, a material químico y radiológico, jornadas de trabajo irregulares, trabajo nocturno, hasta la necesidad de tomar decisiones importantes de manera rápida y autónoma.

En el caso de los hospitales, según un estudio de la OIT en hospitales de 10 países europeos, algunos de los principales riesgos descriptos tienen que ver con lo que define como: el medio ambiente de trabajo físico –efectos de carga en el aparato musculoesquelético, agentes biológicos, sustancias químicas, etc.-; la organización del medio ambiente de trabajo –jornadas de trabajo atípicas, problemas con la división y el contenido del trabajo-; así como el medio ambiente social del trabajo –relación con el público, con los colegas, o con la dirección- (Rodríguez, 2005). Lo que Rodríguez (2005) denomina ambiente social, forma parte inherente del proceso de trabajo en salud, de ahí que en ocasiones el trabajo con personas se reconozca como un trabajo con riesgos potenciales para la salud. En este sentido, un estudio sobre accidentalidad, realizado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), subraya que en Argentina trabajar con personas constituye uno de los elementos vinculados a la accidentalidad, dígase esfuerzos físicos excesivos, golpes y caídas (Biasi, 2011).

Por último, en el caso argentino, también constituyen riesgos de tipo más estructural algunas de las condiciones de empleo descriptas en el apartado anterior referidas esencialmente a la flexibilización laboral como forma de precarización –pluriempleo, incremento desregulado de las horas de trabajo.

3.5.3 Riesgos psicosociales y sus consecuencias para la salud. Para empezar a problematizar el sufrimiento mental

Los llamados factores de riesgo psicosociales son aquellos asociados a las condiciones de empleo, a la organización del trabajo y a otros factores de índole relacional (Gollac, 2011; Moreno Jiménez, 2011). Si bien los riesgos psicosociales constituyen un universo tan complejo que merece un estudio aparte, consideramos importante destacar que constituyen unos de los principales riesgos asociados al trabajo en salud.

Cuando se habla de riesgos en general, se piensa en sus posibles consecuencias para la salud; es decir, en ningún caso se piensan de manera inocua. El vínculo entre salud y trabajo es de naturaleza multifactorial, por lo que el sentido de causalidad no siempre queda explícito (Gollac & Volkoff, 2006). No obstante, en el caso de los factores de riesgo de tipo psicosocial, Gollac (2011) afirma que tienen consecuencias directas e indirectas para la salud, que van desde el estrés y trastornos cardiovasculares, hasta los accidentes, pasando por sufrimiento psíquico y baja autoestima. Este autor destaca la relevancia de problematizar las condiciones de trabajo, situaciones que suelen estar enmascaradas, tanto como sus efectos para la salud (Gollac, 2006).

El sufrimiento mental, por ejemplo, constituye una interesante categoría de análisis de las consecuencias de los riesgos psicosociales, desarrollada por Gollac & Volkoff (2006) y Dejours (2009), desde la cual se pretende trascender la mirada biomédica del estrés y la depresión, para entender de forma integral las consecuencias de tipo psíquico. Nos interesa rescatar el abordaje teórico alrededor de la noción de sufrimiento mental de Dejours (2006) que rescata elementos de la psicodinámica del trabajo. A su vez busca comprender esta problemática no como una cuestión individual, como propondría el modelo biomédico –para el caso del estrés por ejemplo-, sino como una problemática colectiva producto de las características del trabajo en el neoliberalismo: intensificación, alta demanda y bajo control, neutralización de la movilización colectiva y precarización- (Dejours, 2009). La mirada colectiva de la salud y la enfermedad, resulta coherente con la propuesta de análisis del enfoque de la Salud de los trabajadores.

3.6 Salud autoreferida: una forma de medición

La medición de la salud -y de su par dialéctico: la enfermedad- tanto a nivel individual como colectivo, ha constituido uno de los principales desafíos de las ciencias de la salud (Ernane & Almeida Filho, 2012). Algunos de los principales intentos lo constituye la utilización de instrumentos que permitan decodificar “objetivamente” grupos de signos y síntomas, para luego interpretarlos a partir de modelos o clasificaciones estandarizadas. No obstante, existen algunos autores que proponen la utilización de otras perspectivas entre las que se encuentra la referencia directa del sujeto a su estado de salud y/o enfermedad.

El modelo biomédico asume el proceso salud-enfermedad, como una disfunción anatomofisiológica que puede ser medida (diagnosticada) a través de instrumentos como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que otorgan el principal protagonismo al profesional de salud (Ernane & Almeida Filho, 2012). La salud autoreferida, por el propio sujeto o por terceros, se representa por la palabra, por una construcción lingüística en la que el sujeto es capaz que transmitir una idea respecto a cómo se percibe a sí mismo (Ernane & Almeida Filho, 2012). La salud autoreferida, constituye un instrumento cada vez más utilizado en los estudios epidemiológicos; se ha destacado que constituye un buen predictor de procesos de morbilidad, a la vez que constituye una herramienta eficaz para el seguimiento de problemas de salud en grupos poblacionales (García, Höfelmann & Facchini, 2010; Alazraqui *et al.*, 2009). Asumir esta forma de medición de la salud constituye una decisión teórico-metodológica con connotaciones políticas puntuales: sustentar la propuesta del enfoque se la Salud de los trabajadores, respaldar propuestas históricas como la del MOI en su lucha por “no delegar”. No delegar, forma parte de una postura frente a la medición y la intervención en salud, centrada en las y los trabajadores, no en el personal médico. No delegar significa “que las explicaciones y las acciones sobre el proceso salud/enfermedad no solo incluyen al personal de salud, sino también a los grupos sociales, posibilitando una visión no profesionalizada de la enfermedad” (Menéndez, 2005, p.10).

3. PREGUNTA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 Pregunta

¿Qué caracteriza a los perfiles demográficos, de salud, en los procesos de trabajo y la situación laboral de los profesionales –médicos y no médicos- de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, y que los diferencia entre sí?

4.2 Hipótesis

Existen diferencias entre los profesionales médicos y el resto de los profesionales de salud con tareas asistenciales, en cuanto a sus perfiles demográficos, de salud, trabajo y empleo. Algunas de estas diferencias en términos demográficos, tienen que ver con que los primeros tienen una estructura de edad más envejecida. Existe una mayor proporción de hombres que de mujeres tanto para el grupo de médicos como para los no médicos.

Respecto a los procesos de trabajo, las y los médicos trabajan más horas, tienen menos días de descanso, prolongan con más frecuencia la jornada laboral y atienden mayor cantidad de pacientes en un día que los profesionales no médicos. La proporción de profesionales no médicos expuestos a sustancias y condiciones de trabajo nocivas como trabajo de pie, manipulación de agujas, es mayor que la de profesionales no médicos. A su vez, la percepción de riesgos de accidente de trabajo como golpes, caídas, el sobreesfuerzo por manipulación de cargas pesadas es mayor en los profesionales no médicos.

En términos de condiciones de empleo, los médicos tienen mejores salarios y son más los que tienen más de un empleo, en comparación con los profesionales no médicos.

Los médicos suelen tener una mejor percepción de su salud general, si se les compara con otros profesionales. Sin embargo, en cuanto a problemas de salud, las enfermedades osteoartículomusculares, los problemas gastrointestinales y los padecimientos mentales son más frecuentes en los médicos.

3.2 Objetivo general

Caracterizar y comparar los perfiles demográficos, de salud, los procesos de trabajo y la situación laboral de los profesionales universitarios –médicos y no médicos- de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires en el período 2010-2012.

3.3 Objetivos específicos

- Describir y comparar las características demográficas y de salud de los profesionales médicos y no médicos de los hospitales públicos aglomerado Gran Buenos Aires en el período 2010-2012.
- Describir y comparar los procesos de trabajo, condiciones laborales y situación laboral de los profesionales médicos y no médicos de los hospitales públicos aglomerado Gran Buenos Aires en el período 2010-2012.

4. METODOLOGÍA

5.1 Universo y unidad de análisis

4.1.1 Universo o población objetivo

La población de estudio abarca a las y los profesionales de grado universitario y más, que trabajan en establecimientos generales de dependencia provincial del Aglomerado Gran Buenos Aires en el período 2010-2012. Esta población representa el 60,7%¹⁵ de la población total de trabajadores de dichos establecimientos.

4.1.2 Unidad de análisis. Criterios de inclusión y exclusión

Las unidades de análisis son las y los profesionales de grado universitario y más, que trabajan en 27 establecimientos generales de dependencia provincial del Aglomerado Gran Buenos Aires. Una vez depurada la base de datos del estudio original, la muestra quedó conformada por 583 trabajadores.

Criterios de inclusión: El “Estudio Epidemiológico transversal sobre condiciones de empleo trabajo y salud en trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense” “La salud de los trabajadores”), trabajó con tres áreas geográficas de interés, la Zona Norte (Región V), la Oeste (Regiones Sanitarias VII y XII) y la Sur (Regiones Sanitarias XI y VI). A su vez, “La salud de los trabajadores” incluyó los establecimientos hospitalarios generales, zonales e interzonales, de segundo y tercer nivel de complejidad. Para el presente estudio, se incluyeron específicamente a las y los trabajadores con estudios universitarios completos y más.

Criterios de exclusión: Para este estudio se excluyeron los trabajadores con nivel universitario incompleto o menos (título terciario, secundario, primario o sin estudios), además de profesionales con título universitario de profesiones no asistenciales como abogados y contadores. A su vez, de la “La salud de los trabajadores” ya habían sido excluidos otros trabajadores y trabajadoras que desarrollan actividades en condición de

¹⁵ El 31,9% son universitarios y el 28,8% son universitarios con posgrado (Spinelli et al, 2013).

becarios, residentes, los asignados a los Centros de Atención a las Adicciones, así como quienes cumplían tareas en el primer nivel de atención. La “La salud de los trabajadores” también excluyó los hospitales con perfiles asistenciales específicos y aquellos que no estaban localizados en la zona del conurbano bonaerense.

4.2 Período de referencia y ámbito geográfico

El trabajo de campo de “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli, *et al.*, 2013), se desarrolló entre los años 2010-2012, por lo que este constituye también el recorte temporal de referencia del presente estudio.

4.2.1 Descripción del ámbito de estudio

La presente investigación -como ya se mencionó- tiene como ámbito de estudio los establecimientos generales de dependencia provincial del Aglomerado Gran Buenos Aires, también conocido como conurbano bonaerense. Según el Censo del 2010 la provincia de Buenos Aires agrupa el 39% (15.625.084 habitantes) de la población total del país; de ellos 9.625.084 se concentran en los 24 partidos del gran Buenos Aires. La provincia de Buenos Aires, junto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentraban en el 2004, el 55% de los profesionales de la salud, de un total nacional estimado de 541.558 trabajadores, equivalente al 3,4% de la población económicamente activa¹⁶ (Abramzón, 2005). Esto nos hace pensar que se trata de una provincia estratégica para la producción de conocimiento sobre trabajo y salud.

La provincia de Buenos Aires se encuentra dividida a su vez en doce regiones sanitarias que agrupan diferentes partidos de la provincia. En la provincia funcionaban al momento de la investigación original 295 hospitales, de ellos 3 son de dependencia nacional, 215 de dependencia municipal, y 77 de dependencia provincial. Es en este último grupo (hospitales de dependencia provincial) en el que se enmarca este estudio; más específicamente se trabajará con aquellos que se encuentran en el Aglomerado Gran Buenos Aires. Todos los

¹⁶ Estimada en 16.000.000 de personas para el mismo año.

establecimientos que forman parte de esta investigación corresponden con el segundo y tercer nivel de complejidad.

Por último, considero relevante realizar una referencia general a la dotación de profesionales de la salud de la provincia de Buenos Aires; esto nos permitirá tener una perspectiva más completa de nuestro ámbito de estudio. En el año 2001, había en la provincia de Buenos Aires un total de 91.834 profesionales de carreras de salud¹⁷, de los cuales el 40,2% eran médicos (N=36.931). Estos datos, tomados por Abramzón (2005) del Censo del 2001, constituyen la estimación más cercana y actualizada que se dispone de la dotación de profesionales de la salud en la provincia. Cálculos más recientes abarcan solo la dotación de matrículas médicas por habitantes, siendo a finales del 2012, para la provincia de Buenos Aires de 3,83 cada mil habitantes (Williams *et al.*, 2014).

Pero, estos datos no estarían reflejando del todo la compleja realidad sanitaria del país, -y por supuesto de Buenos Aires- no solo por el desfase temporal, sino también porque la información de que se dispone suele ser fragmentada, los sistemas de información no están unificados, los registros no suelen ser actualizarse con la periodicidad necesaria, y las categorías de análisis no son siempre homogéneas (Abramzón, 2005).

4.3 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal.

4.4 Características del diseño de la investigación y fuente de datos

El presente estudio analizó datos provenientes de una fuente secundaria (Estudio “La salud de los trabajadores”. Spinelli *et al.*, 2013). “La salud de los trabajadores de la salud” trabajó con un cuestionario auto-administrado y voluntario que fue aplicado a una muestra probabilística de 1110 trabajadores de 18 establecimientos generales de dependencia provincial del Aglomerado Gran Buenos Aires, durante los años 2010-2012.

¹⁷ Según el censo del 2001, personas de 20 años y más con educación universitaria completa.

El diseño muestral de “La salud de los trabajadores” define el tratamiento de los datos que se realizó en el presente estudio. Esto quiere decir que al tratarse de un estudio que utiliza una fuente secundaria, las características del muestreo son definidas por la investigación madre. Es por ello que considero relevante describir dicho diseño de forma sintética.

Se asumió un diseño muestral por conglomerado en dos etapas, estratificado. Cada establecimiento constituyó una unidad primaria de muestreo. Se consideraron dos estratos en cada área geográfica, los establecimientos interzonales (estrato I) y los zonales y locales (estrato II), ya que se diferencian por tamaño, tipo de prestaciones y especialidades que brindan. [...] La selección de las unidades de segunda etapa en cada establecimiento se realizó en forma sistemática a partir del listado disponible, ordenado por categoría ocupacional, sexo y edad a fin de representar en forma aproximadamente proporcional la estructura de estas variables en la muestra. A los fines prácticos se considerará esta selección como una muestra simple al azar de personas dentro de cada establecimiento. (Spinelli *et al.*, p. 74-75, 2013)

Por otra parte, vale destacar que el cuestionario de “La salud de los trabajadores” fue un instrumento extenso y complejo que abarcó toda la diversidad de grupos profesionales que trabajan en el hospital: administrativos, obreros, profesionales y técnicos.

4.4.1 El cuestionario

El instrumento aplicado en el marco de “La salud de los trabajadores” estuvo dividido en seis módulos con 145 preguntas y más de 50 variables que exploraron diversos aspectos de la problemática del trabajo, el empleo y la salud en los trabajadores de la salud (Cuadro 1). El cuestionario se aplicó de forma autoadministrada. Se realizó en su momento una prueba piloto previa con trabajadores que no confirmaron la muestra definitiva, a fin de afinar y corregir los elementos que se consideraran necesarios (Spinelli *et al.*, 2013).

Cuadro 1. Esquema general de la estructura del instrumento

Módulo	Identificador de los módulos	Numeración de las preguntas	Cantidad de preguntas
Encabezamiento	Identificación del cuestionario	Portada	----
Módulo I	Sociodemográficos	1-14	13
Módulo II	Salud (daños)	15-49	34
Módulo III	Proceso de trabajo	50-80	30
Módulo IV	Relaciones intersubjetivas	81-92	12
Módulo V	Estructura organizacional	93-120	28
Módulo VI	Situación laboral	121-145	25

Fuente: Spinelli *et al.*, 2013.

Se utilizó un consentimiento informado previamente aprobado por los Comités de Bioética o los Comités de Docencia e Investigación correspondientes (ver más adelante Aspecto éticos).

4.5 Variables

Para este estudio se seleccionaron algunas de las variables abordadas en “La salud de los trabajadores” en los módulos: Sociodemográfico, Salud (daños), Proceso de trabajo y Situación laboral. (Área sombreada de Cuadro 1). La definición operacional, indicadores y categorías de cada una de las variables se detallan a continuación (Cuadro 2).

Cuadro 2. Variables del estudio. Definición operacional, indicadores y categorías.

Variables SOCIODEMOGRÁFICAS				
Variable	Dimensión ¹⁸	Definición operacional	Indicador	Categorías/ Valores ¹⁹
Edad		Años de vida cumplidos de una persona al momento de responder el cuestionario.	Diferencia entre la fecha de nacimiento referida y la fecha de respuesta del cuestionario	Menos de 35 35-39 años 40-44 años 45-49 años 50-59 años 60-64 años 65 años y más
Sexo		Condición que distingue hombres y mujeres.	Sexo fenotípico	Masculino Femenino
Situación familiar	Situación conyugal	Condición de una persona respecto a la convivencia y/o relación de pareja.	Situación conyugal autoreferida	Casado Conviviente Separado Viudo
	Composición familiar	Forma en que se estructura el grupo familiar.	Número de hijos Quién se ocupa de aquellas personas del hogar que precisan de cuidado (menores, mayores o personas con minusvalía)	0; 1;2;3 y más No convive con personas dependientes. Se ocupa solo/a de esas personas Se ocupa con ayuda de alguien del hogar de esas personas Se ocupa con ayuda de alguien externo de esas personas Alguien diferente del entrevistado se ocupa de esas personas
Ingresos familiares	Personas que aportan	Personas que aportan económicamente al hogar.	Cantidad de personas que aportan Principal aporte del hogar	1; 2 ; 3 y más El entrevistado Otra persona

¹⁸Dimensión: variables contenidas en la definición conceptual (Pineda, Alvarado & Canales, 1994)

¹⁹ La opción No sabe/No contesta será incluida en todas las preguntas.

Cuadro 2. Continuación.

Ingresos	Total de ingresos del hogar contando los aportes de todos los miembros	Rango de ingresos (mensual total del hogar)	Hasta \$4.000	
			\$4.000-\$6.000	
			\$6.001-\$10.000	
			\$10.001-\$20.000	
			\$Más de 20.000	
Variable OCUPACIONAL				
Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Categorías/Valores
Profesión asistencial		Actividad asistencial que se realiza en el establecimiento hospitalario.	Profesión autoreferida	Médicos/as No médicos
Variables de PROCESO DE TRABAJO				
Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Categorías/Valores
Tiempos de trabajo y descanso	Horas trabajadas	Cantidad de horas trabajadas al mes.	Cantidad de horas trabajadas en el último mes (autoreporte).	Hasta 35 horas Entre 36 y 40 horas Entre 41 y 48 horas Más de 48 horas
	Días de descanso	Cantidad de días de descanso en la semana.	Cantidad de días trabajados en la semana (autoreporte).	Menos de 2 días 2 días Más de 2 días
Objeto, condiciones y medio ambiente de trabajo	Exposiciones laborales	Exposiciones a factores de riesgo físico, químico y/o biológico en el puesto de trabajo.	El trabajador reconoce (autoreporte) si se encuentra expuesto o no a un listado de factores de riesgo.	Expuesto No expuesto

Cuadro 2. Continuación.

Riesgo de accidente	Riesgo de accidente autopercebido en su lugar de trabajo.	El trabajador identifica qué tipo de accidentes constituyen riesgo en su lugar de trabajo (autoreporte).	<p>Caídas de personas desde altura</p> <p>Caídas de personas</p> <p>Desplomes o derrumbamientos</p> <p>Cortes y pinchazos; Golpes; Accidentes de tráfico durante la jornada de trabajo; Atropellos, vuelcos o golpes con vehículos en el centro de trabajo; Proyección de fragmentos o partículas; Atrapamiento por máquinas de manos, brazos. Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas pesadas; Quemaduras; Contactos eléctricos; Exposición a radiaciones; Explosiones</p> <p>Incendios; Atraco, agresiones físicas u otros actos violentos; Otros; Ninguno</p>
Prolongación de la jornada laboral	Frecuencia con que prolonga la jornada laboral	Frecuencia de prolongación de la jornada laboral ya sea llevándose trabajo a casa o por otras vías	<p>Cada día o casi cada día</p> <p>Uno o dos días por semana</p> <p>Al menos una vez al mes</p> <p>Nunca</p>
	Motivos de prolongación de la jornada laboral	Motivos autoreferidos de prolongación de la jornada laboral	<p>Porque más trabajo del que puede realizar en una jornada habitual</p> <p>Por falta de personal</p> <p>Porque tiene que ocuparse de tareas que no le corresponde hacer...</p> <p>Al equipamiento/maquinaria</p> <p>A su conocimiento/capacitación</p> <p>Al conocimiento de otros/as</p> <p>A la relación con los pacientes</p> <p>Al lenguaje y las conversaciones</p>
Relación con los pacientes	Vínculo que se establece con los pacientes como parte del proceso de cuidado	Importancia asignada en una escala de 0-10 a cada uno de los tipos de tecnologías	
Autorreporte			Ver Anexo 1

Cuadro 2. Continuación.

Objeto, condiciones y medio ambiente de trabajo	Tecnologías utilizadas	Medios e instrumentos de trabajo, concebidos desde un espectro amplio que va desde maquinarias e instrumentos, hasta los saberes y las relaciones interpersonales.	Equipamientos y /o herramientas que identifica como par de su trabajo cotidiano	Equipamiento médico-hospitalario (equipo anestesia, básculas, tallímetros, camilla, estetoscopio, etc.); Equipos para diagnóstico y tratamiento (radiografía, fluoroscopia, angiografía, tomografía computarizada, cobalto); Otros equipos y productos para diagnóstico y tratamiento; Productos de ortopedia y rehabilitación (bragueros, collarines, prótesis de extremidades, cabestrillos, etc.); Equipamiento de Cirugía (fórceps, bisturí, pinzas tipo kocher/simil, espéculos, separadores, sierras, curetas, etc.); Equipamiento de Laboratorio (pipetas, baños de ultrasonido, agitadores magnéticos, microscopio, etc.); Herramientas y productos para infraestructura hospitalaria (escoba, serrucho, martillo, pintura, brocha, etc.); Diálogo con los/as pacientes; Diálogo con los compañeros/as de trabajo; Instrumentos administrativos (planillas, formularios, sellos, etc.); Computadoras; Otras
Variables SANITARIAS				
Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Categorías/Valores ²⁰
Salud autoreferida	Salud General	Percepción general de su salud y comparación del estado actual respecto al año anterior	Valoración estado de salud	Excelente Muy buena Buena Regular Mala
			Cambio estado de salud	Mucho mejor ahora Algo mejor ahora Más o menos igual Algo peor ahora Mucho peor ahora

²⁰ No se agregó la opción No sabe/No contesta, pero esta será incluida en todas las preguntas.

Cuadro 2. Continuación.

Salud autoreferida	Enfermedades	Eventos sucedidos que afectaron su salud en el último año	Eventos autorreportados	Trastornos Respiratorios; Trastornos Cardiovasculares; Trastornos Musculoesqueléticos; Enfermedades Infectocontagiosas; Trastornos del aparato reproductor; Trastornos Gastrointestinales; Trastornos Mentales; Trastornos del sueño; Trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos; Trastornos del oído; Trastornos. Visuales; Neoplasias
	Síntomas	Indicio o señal de una cosa que está ocurriendo o que va a ocurrir. Es una referencia subjetiva de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico y/o social.	Síntomas autorreportados	Me cuesta dormir o duermo mal; Tengo sensación continua de cansancio; Sufro dolores de cabeza; Sufro mareos; Me cuesta concentrarme, mantener la atención; Me cuesta acordarme de las cosas u olvido las cosas con facilidad; Me noto tenso/a, irritable; Sufro alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez, digestión pesada); Tengo problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa...); Tengo estados de ánimos bajos; Siento cansancio físico permanente; Otros; Ninguna
	Relación con el trabajo	Relación de los síntomas y/o eventos con el trabajo	Relación con el trabajo autoreferida	Sí No Algunas sí
	Accidentes de trabajo	Lesión sufrida por una persona a causa o en ocasión del trabajo y que le produce algún tipo de incapacidad temporal o permanente. Se considera accidentes a los ocurridos tanto en el lugar de trabajo como en el trayecto de ida o regreso al trabajo.	Accidente o lesión autoreferida en los últimos 12 meses Tipo de accidente autoreferido	No Sí, uno solo Sí, más de uno Caída, tropiezo, resbalón; Cortes y/o pinchazos; Golpes; Quemaduras; Sobreesfuerzo por manipulación de cargas; Accidentes de tráfico durante la jornada de trabajo
Atención a la salud del trabajador	Reporte de eventos	El accidente o enfermedad profesional fue reportada a la Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART)	Lugar del accidente	En el lugar de trabajo En el trayecto de ida o vuelta entre el trabajo y la casa
			¿El accidente fue reportado? ¿La enfermedad profesional fue reportada?	Sí No

Variables de EMPLEO (Situación laboral)

Variable	Dimensión	Definición operacional	Indicador	Categorías/Valores
Salario	Remuneración	Remuneración percibida por su trabajo en el hospital.	Salario total mensual por su trabajo en el hospital, exceptuando aguinaldos.	\$4.500 y menos \$4.501 a \$7.000 \$7.001 y más
	Cobertura de necesidades	Posibilidad del salario de cubrir necesidades de vida.	Posibilidad del salario de cubrir 1) sus necesidades básicas y gastos regulares; 2) gastos imprevistos; y 3) gastos de esparcimiento. (Autoreporte)	
	Presencia	Desempeño de varios cargos, empleos, oficios remunerados.	Que el trabajador tenga otro trabajo remunerado además del cargo en el hospital	
Pluriempleo	Motivos	Motivos por los que el trabajador elije tener múltiples empleos	Autorreporte	necesitaba aumentar mis ingresos... quiero cambiar de empleo buscaba mejorar mi experiencia... son mejores condiciones de trabajo perspectiva de ascenso laboral realizo tareas que me agradan más tengo garantizados los aportes jubilatorios y cargas sociales

5.6 Procesamiento, análisis y presentación de los datos

Considero necesario destacar que el análisis realizado en el presente estudio, pudo concretarse debido al gran número y a la complejidad de las variables utilizadas en “La salud de los trabajadores”. Esta complejidad permitía contar con datos susceptibles de análisis más profundos, con lo que el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, cedió la base de datos madre para poder profundizar y realizar este y otros estudios que se están presentando como tesis de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de salud.

En este estudio se trabajó con un plan de análisis que abarcó variables de los módulos demográficos, procesos de trabajo, empleo y salud de la investigación madre. Inicialmente se recortó la base para trabajar solamente con el segmento de trabajadores que manifestaron en la pregunta 4 del cuestionario, tener nivel universitario y más. A raíz de este recorte quedó una base de datos con 583 sujetos. La variable ocupación (pregunta 51 del cuestionario) fue recodificada a fin de tener los dos grupos que forman parte de la presente comparación: profesionales médicos y no médicos. Por último, se realizó un trabajo previo de selección de registros, consistencia y consolidación de la base de previo a la concreción del plan de análisis.

Para la realización del procesamiento de datos se utilizó el *IBM SPSS Statistics 19*. Una vez obtenidos los outputs, se exportaron al *Excel 2010* para realizar el trabajo de creación de tablas y gráficos. Se trabajó con análisis univariados –frecuencias- para describir las características de cada uno de los grupos estudiados y luego, se trabajó esencialmente con análisis bivariados, para comparar el comportamiento de las variables en cada uno de los grupos. Así, los análisis bivariados se realizaron para el perfil ocupacional (médicos/no-médicos) con cada una de las variables de interés especificadas en el Cuadro 3 ²¹.

Se calcularon además, medidas de variabilidad de las estimaciones. En la presentación de los datos a lo largo del cuerpo del texto se utilizó esencialmente el coeficiente de variación (CV), expresado por cien. En el caso de esta herramienta de medida de variabilidad de las estimaciones, mientras menor sea el CV mayor será la precisión de la estimación de que se trate. Para el presente estudio, se tomó como punto aceptable del CV un valor de 20%. Esto quiere

²¹ Excepto la variable ocupacional.

decir que aquellas estimaciones con un CV del 20% y más, tienen un nivel de precisión que resulta necesario destacar como forma de alerta para la interpretación de los resultados. Aquellas estimaciones que tuvieron un CV de 40% y más fueron omitidas de la presentación de los resultados por no tener un nivel de precisión aceptable. También se calcularon los Intervalos de Confianza (IC) del 95% de los parámetros de interés para cada variable. Esta información, dada su amplitud, no fue colocada en el cuerpo del texto. Tanto los IC del 95% como los CV se encuentran disponibles en las tablas que forman parte de los apéndices del estudio (A-D).

Los resultados de los análisis uni y bivariados se presentarán en el próximo capítulo en forma de gráficos y tablas, según resulte pertinente.

Otro elemento a destacar de la presentación de los resultados, tiene que ver con los porcentajes de no respuesta (No sabe/ No contesta) de cada pregunta. Esta información es relevada en cada uno de los análisis, ya que en caso de ser elevados los porcentajes de no respuesta, podría indicar sesgos respecto a la verdadera distribución de resultados. En nuestro caso la variable “cantidad de personas atendidas en un día normal” fue excluida del análisis por presentar un porcentaje de no respuesta del 40%. Respecto al resto de las variables trabajadas, dichos porcentajes son publicados en las tablas y gráficos correspondientes.

5.7 Aspectos éticos

Tanto el cuestionario como el consentimiento informado²² utilizado “La salud de los trabajadores de la salud”, fueron aprobados por los Comités de Bioética de cada uno de los hospitales que participaron de la investigación madre; en el caso de los hospitales sin Comité de Bioética conformado, los materiales fueron aprobados por los respectivos Comités de docencia e investigación, instancias habilitadas para este tipo de funciones.

La información del instrumento quedó resguardada bajo el principio de confidencialidad de los datos, previa información y consentimiento de la persona encuestada.

²² Ver Anexo (p.138).

5.8 Sesgos y límites del estudio

Explicitar los sesgos, y por tanto las limitaciones de los estudios, resulta fundamental para que los lectores tengan en claro cómo entender cada resultado. Eso es lo que pretende presentar de manera muy breve, el presente apartado. Algunos de los principales sesgos de este estudio son los siguientes:

- Sesgo de selección y seguimiento: este sesgo se refiere a errores en el momento de la selección y continuidad de los casos. En el caso el estudio madre: “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli *et al.*, 2013) y producto de las dificultades del trabajo de campo y de las complejidades de los procesos de trabajo de la población, fue difícil – o casi imposible- acceder a las y los trabajadores de horario nocturno, de fines de semana y feriados. A su vez, en el estudio madre no fue posible acceder a los trabajadores que estaban de licencia y resultó muy difícil acceder a los trabajadores de algunos servicios como cirugía y terapia intensiva. Por último, existe la posibilidad de haber incurrido en errores por parte de los encuestadores, quienes podrían haber encuestado a algunos servicios más que otros (en el caso de los médicos y enfermeros), debido a su accesibilidad y apertura a completar la encuesta.

- Sesgo de medición: este sesgo, se refiere a los errores en el momento de la medición que influyen en su calidad. En el presente estudio, la longitud y complejidad del instrumento, introduce un posible error que tiene que ver con la interpretación de las interrogantes, con el uso de sugerencias de saltos de pregunta. En muchos casos, no se completó la totalidad del instrumento, lo que llevó a un porcentaje elevado de no respuesta en muchas preguntas.

Por último, es necesario destacar una limitación proveniente de la selección de los grupos que se comparan en el presente estudio. El grupo de profesionales no médicos, constituye una entidad muy heterogénea, que podría estar sesgando algunas respuestas hacia un lado u otro en dependencia de la representación de profesiones específicas a su interior. Las limitaciones del diseño muestral hicieron imposible comparar grupos más específicos. Finalmente se decidió mantener dicha comparación, avalado por la relevancia de comparar médicos y no médicos desde los argumentos que se aportan en el marco teórico.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 *¿Quiénes son? ¿Qué hacen? Perfiles sociodemográficos de los profesionales de la salud de hospitales del Gran Buenos Aires*

Para adentrarse a comprender los procesos de trabajo, el empleo y la salud de los médicos y otros profesionales de salud de hospitales de dependencia provincial del Aglomerado Gran Buenos Aires, es necesario saber quiénes son, cuál es su estructura de edades, cuál es la proporción de mujeres y varones, pero también cómo se compone su familia y cuáles son sus ingresos. Así, el presente apartado, pretende introducir la descripción y comparación de ambos grupos profesionales.

En la Figura 1 se presenta una descripción general de la distribución de los trabajadores profesionales que forman parte de nuestro estudio según su ocupación. En ella se muestra que los médicos representan casi la mitad de los profesionales de salud con nivel universitario y más, mientras un poco menos de la otra mitad está compuesto por otros profesionales.

Figura 1. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

Al profundizar en las características de la otra mitad de nuestra población de estudio (42,8%), dígame, del resto de los profesionales no médicos, se muestra una distribución muy heterogénea, con un protagonismo de licenciados/as en enfermería y bioquímicos/as (Figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, según ocupación. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/ No contesta

*Estimaciones con coeficiente de variación mayor al 20%.

El gran porcentaje de médicos en la población estudiada en comparación con otras profesiones, coincide con lo que sucede en todo el país para todo el sector salud²³, donde se ha descrito que estos profesionales constituyen la categoría ocupacional predominante –con más de un 40% de representación en el 2001- al interior del campo (Abramzón, 2005). El estudio de Abramzón (2005), que constituye el último registro nacional más completo también muestra una importante presencia de enfermeros/as con universitario completo y bioquímicos en el sector salud (Abramzón, 2005). En el 2001, los profesionales con mayor representación en el campo de

²³ Los datos del estudio de Abramzón, toman como referencia el Censo del 2001. Con lo cual hacen referencia a los profesionales de salud en ejercicio –al momento de realizado el censo- en la totalidad del sector salud en la Argentina.

la salud en el país después de los médicos, eran los psicólogos, odontólogos, farmacéuticos y bioquímicos, en ese orden.

La Argentina, constituye uno de los países de la región con más alta tasa de médicos por habitantes. Según registros de la OMS (2012), al 2011 la Argentina tenía 38,8 médicos por 10.000 habitantes, tasa muy superior a la mediana mundial (16 por 10.000), así como a la que registraba la región de Las Américas (20 por 10.000). Los odontólogos también tienen una importante representación al interior de los profesionales en el campo de la salud argentino; la OMS registraba en el 2011 una tasa de 9,2 odontólogos por 10.000 habitantes en el país, muy superior a la mediana mundial (2,8 por 10.000), pero aún por debajo de la tasa estimada para la región de las Américas (12 por 10.000) (OMS, 2012). Según esta misma fuente, en el caso del personal de enfermería (y partería), la tasa para el país (4,8 por 10.000) se encontraba muy por debajo de los valores regionales (72,5 por 10.000). Esta realidad da cuenta de la existencia de un equipo de salud en la Argentina altamente centrado en el médico, con una muy baja presencia de personal de enfermería (Abramzón, 2005). En los hospitales del aglomerado Gran Buenos Aires a pesar de tratarse de universos distintos, se percibe una realidad similar: los médicos constituyen la principal presencia –y probablemente también el principal sostén- al interior de los equipos de profesionales de salud.

En un análisis comparativo entre profesionales médicos y no médicos, resulta necesario detenerse en las características demográficas de ambos grupos. Para describir y comparar dichas características se eligieron cuatro variables: sexo, edad, situación familiar e ingresos familiares. La elección de las dos últimas variables parte del supuesto que los estudios en salud y trabajo deben tomar como centro al sujeto trabajador, intentando ir más allá de su condición de sujeto individual, de su ser y estar en el trabajo, para adentrarse en algunas de las particularidades de su red de relaciones. La familia constituye parte de esa compleja red de relaciones sociales y culturales que hacen al proceso salud-enfermedad del trabajador (Menéndez, 2005).

En la Figura 3 se muestra la distribución porcentual de los trabajadores/as profesionales según grupos de edad. Al analizar el total de los trabajadores/as con nivel universitario y más, se observa que alrededor de un tercio se encuentran en el grupo de edad de 55 años y más, llegando al 40,2% en el caso de los médicos. Entre los médicos, solo el 22,6% tiene menos de 45 años, lo

cual estaría hablando de una subpoblación relativamente envejecida. En el caso de los profesionales no médicos un tercio (33%) tiene 44 años o menos, mientras la mayor proporción (42%) tiene entre 45 y 54 años (Figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual por grupos de edad de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

*Estimaciones con coeficiente de variación mayor al 20%.

Al profundizar un poco más en el análisis de la distribución etaria de nuestros grupos de estudio, se identificó que el 14,1% de los profesionales de salud con nivel universitario y más, tenían más de 64 años. Este porcentaje era mayor en el caso de los médicos (17,1%) en comparación con los profesionales no médicos (9,7%). Esta situación ya fue destacada – aunque en menor medida – por Abramzón (2005), al señalar que al 2001 el 9,6% del total de profesionales de salud en la Argentina, estaban en la franja de 65 años y más. Estos datos resultan remarcables, por tratarse de un número importante de profesionales médicos y no médicos que se encuentran activos en una edad que formalmente corresponde a la jubilación.

Para Abramzón (2005) muchas de las profesiones en salud, dígame Psicología, Bioquímica, Enfermería, Nutrición, Kinesiología, han tenido una valoración social más tardía que en el caso de la Medicina. Esto podría explicar que el porcentaje de profesionales médicos con 65 años o más sea mayor, respecto al de los profesionales no médicos.

La Figura 4 muestra la distribución porcentual de los médicos y otros profesionales de la salud, según sexo. Al analizar el total de profesionales se observa un predominio de la población femenina (62,5%), hecho que se acentúa en el caso de los profesionales no médicos, dentro de los cuáles el 78,5% son mujeres. En el caso de los médicos, la distribución por sexo no marca grandes diferencias. El hecho de que dos tercios de los profesionales sean mujeres, es similar al destacado en el segundo semestre del 2012 para el sector público (67,1%), por parte de la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales–DGEyEL (2013).

Figura 4. Distribución porcentual por sexo de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

Lo antes expuesto refuerza en primera instancia la discusión sobre la presencia femenina en el sector salud, descrita por Abramzón (2005). Esta autora, da cuenta de un proceso de feminización en la totalidad del sector salud, que a su juicio se venía gestando desde los años sesenta, con un punto de inflexión en los ochenta con el ingreso masivo de mujeres a la universidad. El predominio de mujeres en la subpoblación de profesionales no médicos podría estar hablando además, de elecciones alternativas de carrera por parte de las mujeres; es decir, de una feminización de las profesiones no tradicionales del sector salud. Esta feminización, forma parte de una tendencia global de aumento de la cantidad de mujeres con empleos calificados y formación profesional; situación que empezó a hacerse más visible en la década de los ochenta (Beck & Beck, 2001).

Con el objetivo de adentrarnos en la red de relaciones familiares del sujeto trabajador, se indagó en su situación conyugal, el número de hijos y los ingresos del hogar. En términos generales se destaca, que alrededor de la mitad (53%) del total de profesionales de salud de establecimiento generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, estaba casado/a al momento del trabajo de campo. Al analizar por separado a los médicos y el resto de los profesionales, se puede destacar que entre los primeros el 57,7% estaba casado/a, el 12,2% era soltero/a y el 10,8% conviviente. En el caso del resto de los profesionales de la salud, si se compara con los médicos es menor el porcentaje de casados (47,1%), y mayores los porcentajes de solteros/as (19,1%) y convivientes (14,9%). Esta diferencia entre médicos y no médicos respecto a la situación conyugal, se podría leer como un resultado esperado por la existencia de una leve diferencia en la estructura de edades, donde las personas más jóvenes suelen elegir cada vez más vivir “solas” y cada vez menos el matrimonio como forma de vínculo entre parejas (Beck & Beck, 2001).

Respecto a la composición familiar, vale destacar que el 69,4% de los profesionales de salud convive con al menos dos personas en su hogar, mientras que solo el 10% vive solo/a. El 80% del total de profesionales tiene hijos/as; y la mayor parte de ellos (65,7%) tiene uno o dos. Tener dos hijos es lo que prevalece tanto en el grupo de médicos (42,4%) como en el de otros profesionales (48,8%), seguido de tener un hijo en los profesionales no médicos (25,8%) y tres en el caso de los médicos (24%).

Para hacer un análisis de los ingresos del grupo familiar se indagó por el principal aporte del hogar, así como en el monto mensual de estos ingresos. Al respecto, el 73,8% del total de profesionales de salud manifestó ser el principal aportante al ingreso del hogar; esta cifra fue mayor en el caso de los médicos (81,2%), y menor en el resto de los profesionales no médicos (67%) (Tabla 5, Apéndice A). Al profundizar en el monto de los ingresos se estudió la distribución del salario mensual del hogar, y del salario mensual percibido en el hospital en los grupos profesionales estudiados²⁴. En la Figura 5 se muestra que el ingreso del hogar del 46,9% los médicos al momento de realizado el estudio estaba entre \$10.001 y \$20.000. El ingreso del 49,3% de los profesionales no médicos era mucho menor, ya que se encontraba entre \$4.001 y \$10.000.

²⁴ Es necesario aclarar que los montos aquí presentados se corresponden al momento de realización del trabajo de campo. Se define así que a septiembre del 2011 (mediados del trabajo de campo) 1USD (dólar estadounidense) = 4,2 ARS (pesos argentinos) según cotización del Banco Central de la República Argentina.

Figura 5. Distribución porcentual del salario mensual del hogar de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/ No contesta

Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

*Estimaciones con coeficiente de variación mayor al 20%.

** Estimación omitida por tener un coeficiente de variación mayor al 40%.

Estas diferencias de ingresos también se observan al analizar los ingresos personales. La Figura 6 muestra la distribución porcentual del salario mensual percibido en el hospital por los médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Acá se ponen de manifiesto desigualdades en la percepción del salario, ya que más de la mitad de los médicos se encontraba al momento del estudio en el rango salarial de \$4.501 a \$7.000, mientras más de la mitad de los profesionales no médicos se encontraba en un rango inferior (\$4.500 o menos). Resulta destacable además, que el

21,8% de los médicos recibía mensualmente \$7.001 o más de salario mensual en el hospital, mientras solo el 8% de los trabajadores no profesionales²⁵ se encontraba en este rango.

Figura 6. Distribución porcentual del salario mensual percibido en el hospital por los médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/ No contesta

Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

*Estimaciones con coeficiente de variación mayor al 20%.

En términos generales, al hacer una caracterización de algunos aspectos sociodemográficos de la población de profesionales de establecimientos generales del aglomerado Gran Buenos Aires, se observa que los médicos presentan una estructura de edad más envejecida si se les compara con los no médicos; estos últimos, por su parte, tienen mayor representación femenina. En términos de ingresos, los médicos tienen mejores salarios que el resto de los profesionales; y al interior de los hogares, los médicos suelen ser el principal aporte del hogar, situación que es menos frecuente entre los profesionales no médicos.

²⁵ Estimación con nivel de precisión bajo (coeficiente de variación del 22%)

6.2 Procesos de trabajo en el hospital público.

Los matices del trabajo en salud vienen dados por las particularidades de cada país, del sector de que se trate, del tipo de organización-institución, del objeto de trabajo. En el caso de nuestro estudio la paleta de colores se inclina hacia la gama del trabajo de los profesionales en hospitales públicos del aglomerado gran buenos aires. El trabajo hospitalario implica procesos de trabajo que nada tienen que ver con otro tipo de organizaciones. Se trata de procesos de trabajo con lógicas particulares en lo referido al vínculo y la comunicación con los usuarios, a los tiempos de trabajo y descanso. También implica condiciones de trabajo fuertemente vinculadas a ese ritmo de trabajo y a una elevada especialización del trabajo.

El presente módulo pretende hacer una caracterización de los procesos de trabajo de los profesionales de salud en los hospitales generales del aglomerado gran buenos aires. Además, se profundizará en dichos procesos mediante una comparación entre los profesionales médicos y no médicos. Para ello se analizarán variables referidas al objeto de trabajo –tecnologías, comunicación y vínculo con los pacientes-, y a las condiciones y medio ambiente de trabajo.

6.2.1. Procesos de cuidado, comunicación y vínculos

Como parte de la caracterización y comparación de los procesos de trabajo de los grupos profesionales estudiados, se indagó en el uso que hacen de las tecnologías, entendidas operativamente como aquellos dispositivos materiales o no que constituyen las herramientas de su trabajo cotidiano.

Con vistas a comprender, desde esta lógica los procesos de trabajo en salud, a los profesionales que formaron parte de nuestro estudio se les preguntó “¿qué equipamiento y/o herramienta identifica como parte de su propio trabajo cotidiano?”. Ante esto, más del 70% de médicos y no médicos, reconocieron utilizar el diálogo con pacientes y compañeros de trabajo, además del uso de instrumentos administrativos (Figura 7). Un porcentaje mayor de médicos (69,9%) que de profesionales no médicos (40,5%), identificó el equipamiento médico como parte de su trabajo cotidiano. También fueron mayores los porcentajes de médicos que manifestaron utilizar otros equipos de diagnóstico y tratamiento y equipamiento de cirugía, en comparación

con el resto de los profesionales. Por su parte, fue mayor la cantidad de profesionales no médicos que identificó el uso de equipamiento de laboratorio (Figura 7).

Figura 7. Uso de tecnologías (blandas, duras-blandas y duras) en el trabajo cotidiano de los médicos y otros profesionales de salud, de los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/ No contesta

(a) Planillas, formularios, sellos, etc.

(b) Equipo anestesia, básculas, tallímetros, camilla, estetoscopio, etc.

(c) Fórceps, bisturí, pinzas tipo kocher/simil, espéculos, separadores, sierras, curetas, etc.

(d) Radiografía, fluoroscopia, angiografía, tomografía computarizada, cobalto.

(e) Pipetas, baños de ultrasonido, agitadores magnéticos, microscopio, etc.

(f) Bragueros, collarines, prótesis de extremidades, cabestrillos, etc.

(g) Escoba, serrucho, martillo, pintura, brocha, etc.

* Estimaciones con coeficiente de variación mayor al 20%.

** Estimación omitida por tener un coeficiente de variación mayor al 40%.

La importancia del vínculo con los usuarios y con los compañeros de trabajo en los procesos de trabajo en salud, también ha sido ampliamente documentada en la literatura de

trabajo en salud (Franco & Merhy, 2011, 2006; Spinelli, 2010; Campos, 2006). La palabra, constituye entonces la principal herramienta de trabajo, y a su vez ese mecanismo intercesor que permite potencialmente pensar y producir el cuidado. La idea de potencialidad acá se ha colocado intencionalmente; porque no se trata de afirmar que la palabra, el vínculo produzcan por sí mismo salud. Ese vínculo, definido por Franco & Merhy (2011), puede producir líneas de vida y de muerte, de cuidado y de abandono. Teniendo en cuenta la diversidad de matices que tienen las relaciones en el proceso de cuidado, nuestro estudio indagó entorno a algunos aspectos del vínculo y la comunicación de los profesionales médicos y no médicos con los usuarios²⁶.

La Figura 8 representa gráficamente la distribución porcentual del acuerdo de médicos y otros profesionales de salud, respecto a diversas afirmaciones relacionadas al vínculo con los usuarios. Ahí se observa que la gran mayoría –casi un 90%- tiene una alta satisfacción con variables referidas a la empatía, teniendo en cuenta que: consideran que identifica claramente las necesidades de los pacientes, consideran que toma en cuenta las necesidades de los pacientes en sus decisiones, y pueden percibir claramente cuando los pacientes no están conformes con sus decisiones y/o actitudes (Figura 8). Si bien, en el caso de los médicos el porcentaje de acuerdo con las afirmaciones plasmadas en la Figura 8, es levemente mayor al del resto de los profesionales, no se encontraron diferencias destacables.

²⁶ Se reconoce la importancia de profundizar en el vínculo entre compañeros/as de trabajo -como parte de pensar el proceso de trabajo en salud-; no obstante esto no forma parte de los objetivos del presente estudio.

Figura 8. Distribución porcentual del acuerdo de médicos y otros profesionales de salud, respecto a diversas afirmaciones relacionadas al vínculo con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

Profundizando en otras particularidades del vínculo con los usuarios, en la Figura 8 se observa que solo al 17,7% de los médicos y al 16% del resto de los profesionales, le genera incertidumbre el primer contacto con los pacientes. En términos generales los trabajadores/as de las poblaciones estudiadas se sienten seguros en la relación con los usuarios. En este sentido, alrededor de un tercio de los profesionales médicos y no médicos se siente vulnerable a los cuestionamientos de los pacientes, o manifiestan que los pacientes les hacen sentir que no son lo suficientemente bueno en su trabajo. Muy pocos consideran que sea muy difícil conseguir que los pacientes acaben por aprobar sus decisiones y/o actitudes (Figura 8).

La Figura 9, por su parte muestra la distribución porcentual del acuerdo de médicos y otros profesionales de salud, respecto a diversas afirmaciones relacionadas a la comunicación con los usuarios. En ella se observa que a casi el 90% de los médicos y otros profesionales les resulta sencillo comunicarse con los pacientes. Poco menos de la mitad de los profesionales considera

que dispone de tiempo suficiente para comunicarse con los pacientes; si bien no se muestran grandes diferencias, entre ambos grupos, vale destacar que esta consideración es menor en el caso de los médicos. En este caso cabría preguntarse si los médicos manifiestan más necesidad de tiempo, por tener consultas más colapsadas que el resto de los profesionales o porque quisieran dedicarle más tiempo a sentarse a escuchar a los pacientes. En esta línea de análisis, se observa en la Figura 9, que más cantidad de médicos (51%) que de profesionales no médicos (42,4%), manifiesta que escuchar a los pacientes les genera retrasos o sobrecarga de trabajo. A pesar, se porcentajes relativamente bajo, sorprende que el 18,9% de los médicos y el 17,2% de otros profesionales manifiesta evitar escuchar a los pacientes cuando les cuentan sus problemas.

Figura 9. Distribución porcentual del acuerdo de médicos y otros profesionales de salud, respecto a diversas afirmaciones relacionadas a la comunicación con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

Por último resulta destacable que el 28,8% de los médicos y el 22,3% del resto de los profesionales manifestó no importarle lo que los pacientes pensarán sobre ellos²⁷ (Tabla 21, Apéndice B). El 23,7% de los médicos y el 15,5% de los profesionales no médicos, manifestaron implicarse “cada vez menos con los pacientes, las tareas y la profesión en general”; por su parte, en cada grupo profesional el 19,8% considera que en sus profesiones “es mejor no implicarse con nada, ni con nadie” (Tabla 22, Apéndice B).

Sabemos que el hospital constituye una organización con funcionamiento vertical, en la que el hecho de vincularse con los sujetos-usuarios con nombre y apellido se vuelve más dificultoso de lo que puede ser por ejemplo en el primer nivel de atención. La propia estructura hospitalaria, altamente especializada, y con menos posibilidades de seguimiento integral de los pacientes, podría estar atentando contra la generación de vínculos, contra el hecho de construir lazos que cuiden, que generen bienestar. ¿Podrían lo antes expuesto hacernos pensar en procesos de trabajo más despersonalizados, apurados y centrados en las necesidades de los profesionales que en los usuarios? Sin dudas, sería apresurado afirmar esto, pero lo que sí se muestra es que se dispone de poco tiempo para construir vínculos, para comprender y manejar posibles diferencias culturales. Cabe cuestionarse que niveles de satisfacción estarían estableciendo este tipo de procesos de trabajo tanto en los usuarios como en los propios profesionales.

Amén de esta satisfacción, sí parecería claro que los profesionales de salud de hospitales del aglomerado Gran Buenos Aires no tienen grandes preocupaciones por sus capacidades para dar respuesta a las demandas de los usuarios. Esta sensación de control sobre la demanda (Paim, 2008) también es parte de la construcción histórica de las profesiones asistenciales, en las cuales el poder se genera por el saber técnico y el reconocimiento social que este genera. Este poder técnico (Testa, 1997), adquiere un plus ante la especialización que adquiere en los ámbitos hospitalarios. A su vez adquiere particularidades, con matices de desigualdades, al interior del grupo de profesionales, donde el saber médico se encuentra en la punta de la pirámide y se constituye en hegemónico (Menéndez, 2005).

²⁷ Los porcentajes expresados constituyen las respuestas de acuerdo con la afirmación: “No me importa lo que mis pacientes piensen de mí, no tengo obligación de ser siempre simpático/a”.

6.2.2 Otras aristas de las condiciones y medio ambiente de trabajo

Una concepción ampliada de las condiciones y medio ambiente de trabajo (cymat), como se presentó en el capítulo referido al marco teórico, debería tomar en cuenta aspectos estructurales, institucionales y microsociales. En varios momentos de esta presentación de resultados, se ha hecho referencia a las remuneraciones, al objeto y las tecnologías utilizadas en el trabajo en nuestro ámbito de estudio. A continuación, se harán referencia a otros elementos de tipo micro que hacen a las cymat, como los tiempos de trabajo y descanso, la prolongación de la jornada laboral, así como a la percepción de riesgos clásicos²⁸ en el trabajo, y en particular la percepción de riesgo de accidentes.

Otro de los elementos que hacen a las condiciones de trabajo, es la forma en que efectivamente se organizan los tiempos de trabajo y descanso. El trabajo en el hospital, si bien tiene mucho de protocolos, no se trata precisamente de un trabajo estructurado. Sobre todo en el caso de los profesionales, se ha descripto ampliamente (Mintzberg, 2001; Merhy, 2006) la imposibilidad de capturar sus procesos mediante reglas o exigencias del tipo: horarios o ritmos de trabajo. Es por ello, que los tiempos de trabajo y descanso en los grupos de profesionales médicos y no médicos, se registraron de forma autoreferida. También se indagó sobre la prolongación de la jornada laboral.

La Tabla 1 muestra la distribución porcentual de horas trabajadas en la semana, en médicos y otros profesionales de establecimientos generales del aglomerado Gran Buenos Aires. En ella se observa que el 76,9% de los médicos y el 75,4% de otros profesionales de la salud, trabaja en el hospital hasta 48 horas semanales. En ambos grupos de trabajadores, las horas se distribuyen de manera similar en los rangos de 36 a 40 horas, y hasta 35 horas semanales.

²⁸ Un abordaje integral de los riesgos en el trabajo, precisa detenerse también en el análisis de los llamados riesgos psicosociales, sobre todo por su relevancia en el proceso de trabajo en salud. Pero, por su particularidad y complejidad, estos no fueron incluidos en el presente estudio. Consideramos que merece un estudio aparte, más pormenorizado.

Tabla 1. Distribución porcentual del número de horas trabajadas en la semana, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

N° de horas semanales	Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Hasta 35	36,9%	34,1%	36,0%
Entre 36 y 40	33,5%	34,3%	33,6%
Entre 41 y 48	6,4%	7,1%	6,7%
Más de 48	12,5%	15,6%	13,8%
NS/NC	6,5%	4,7%	5,6%
Tabla 1. Continuación			
Incoherente	4,1%	4,2%	4,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

El 12,5% de los médicos y el 15,6% de otros profesionales de salud de los establecimientos estudiados, trabajan en el hospital más de 48 horas en la semana (Tabla 1). Esto resulta destacable, ya que la Ley 10.471 que regula la carrera hospitalaria para los profesionales de la provincia de Buenos Aires, establece un máximo de 48 horas semanales de trabajo. En este sentido, los autores destacaron que en el Gran Buenos Aires se registró “un aumento significativo en las jornadas superiores a 61 horas semanales” (Novick & Galin, 2003, p.76) en el período 1990-2000. Fueron los profesionales (46,9%), sobre todo los médicos (51,7%), quienes registraron más cantidad de horas trabajadas (Novick & Galin, 2003). Si bien, coincide con la literatura, que los profesionales registran altos porcentajes de horas semanales trabajadas, en nuestras poblaciones de estudio, a diferencia de lo que describen Novick & Galin (2003), el porcentaje de médicos que trabaja en los rangos horarios de 41-48 horas y más de 48 horas, es menor que el de otros profesionales. Cabría preguntarse cuánto de esto hace referencia al pluriempleo, teniendo en cuenta que en nuestro estudio se indagó solamente en las horas trabajadas en el hospital.

Al analizar los días de descanso semanales, consideramos es necesario destacar que el 27,9% de los médicos y el 20,8% de otros profesionales tiene menos de 2 días de descanso en la semana (Tabla 24, Apéndice B). Si es mayor el porcentaje de médicos que descansa menos de dos días a la semana, y por el contrario, es menor el porcentaje de médicos que refiere trabajar más de 48 horas semanales en el hospital, en comparación con el resto de los profesionales,

cabría preguntarse si los médicos estarían teniendo otros empleos fuera del hospital en mayor medida que los no médicos.

Como parte del estudio, se preguntó “Durante el último mes ¿con qué frecuencia ha tenido que llevarse trabajo a casa?”, y “con qué frecuencia ha tenido que prolongar su jornada de trabajo en el último mes”. En este sentido alrededor de la mitad de los médicos y otros profesionales de la salud, manifestó que nunca tuvo que llevarse trabajo a casa, no obstante, cabe destacar que un porcentaje no menor de médicos (21,9%) y otros profesionales (19,3%) manifestó haberse llevado trabajo a casa al menos una vez al mes. El 17,9% de los médicos, reconoció incluso, haberse llevado trabajo a casa una o dos veces a la semana en el último mes (Tabla 25, Apéndice B).

Si bien, llevarse trabajo a casa, no suele ser tan frecuente por el tipo de trabajo que se realiza en el hospital, prolongar la jornada de trabajo, sí sería algo común en los profesionales que trabajan en hospitales del aglomerado Gran Buenos Aires. Alrededor de uno de cada cuatro médicos manifestó prolongar su jornada laboral al menos una vez al mes; situación similar –con un punto porcentual más- se describe para los profesionales no médicos. A su vez, resulta una mayor proporción de médicos (30,6%) que de profesionales no médicos (21,8%) reconoció que una o dos veces a la semana prolongaba su jornada laboral. El 8,2% de los médicos, dijo que “cada día, o casi cada día” prolongaba su jornada laboral (Tabla 26, Apéndice B).

Según lo descripto hasta acá, cabe destacar que los médicos tienen menos días de descanso y suelen prolongar la jornada laboral en mayor medida que el resto de los profesionales que trabajar en los hospitales del aglomerado Gran Buenos Aires. No obstante, se percibe que el resto de los profesionales también suelen tener jornadas de trabajo semanales extendidas, con gran cantidad de horas trabajadas. Estas diferencias, si bien son sutiles, marcan una leve diferencia en desmedro de los médicos. No obstante, lo que resulta destacable es la presencia de un deterioro de las condiciones de trabajo referidas a la cantidad de horas de trabajo y descanso. Esto ya ha sido señalado por Novick & Galin (2003), quienes remarcaron que la extensión de la jornada laboral ha sido una de las formas de deterioro de las condiciones de trabajo y empleo en el sector salud. Por su parte, Gollac (2011), destaca que la intensidad en el trabajo tiene efectos

“ampliamente comprobados”²⁹ sobre la salud de los trabajadores; efectos directos vinculados al estrés y los trastornos cardiovasculares, y efectos indirectos referidos a baja autoestima, trastornos psicológicos y riesgos de accidentes.

En el caso de nuestra población de estudio cabe preguntarse ¿Cuánto puede estar incidiendo en este deterioro la poca claridad de los límites de la jornada laboral en una institución como el hospital que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año? Estas características de la institución hospitalaria, pondrían constreñimientos al establecimiento de horarios de trabajo. Pero sin dudas, esto es algo para seguir pensando y estudiando desde una perspectiva que, al decir de Neffa (1989) no naturalice al trabajo como sufrimiento, ni al hospital como una institución que indefectiblemente sea “riesgosa” para el trabajador.

Percepción de riesgos clásicos

Esta mirada del trabajo como sufrimiento, y el medio ambiente de trabajo como potencialmente nocivo, a veces resulta difícil de cuestionar cuando se piensa en un hospital. El hospital es una institución que no duerme, permanece en vilo de día y de noche, de lunes a domingo, recibiendo, atendiendo y controlando una demanda que no para, que es diversa, emocionalmente intensa, compleja. Por las características del trabajo en el hospital, este debe mantener unas condiciones de limpieza, de asepsia y un ritmo de trabajo intenso. Algunas de estos elementos son incuestionables, pero otros han sido históricamente naturalizados, generando condiciones de trabajo muchas veces nocivas para los trabajadores.

En el presente estudio se indagó en algunos de los llamados riesgos clásicos, sobre todo los del tipo físico, químico y biológico. Para ello, en lugar de realizar la tradicional evaluación por parte de expertos en higiene y seguridad, se preguntó directamente a los trabajadores. De esta forma, se buscó reivindicar la idea de que los trabajadores son quienes mejor pueden diagnosticar lo que resulta nocivo en sus puestos de trabajo (Oddone *et al*, 1986).

La Figura 10 muestra las frecuencias relativas de las exposiciones a condiciones y elementos nocivos, autoreportadas por médicos y otros profesionales de salud. En ella se observa que para ambos grupos, entre los principales elementos nocivos se encuentran: la manipulación

²⁹ Gollac (2011) añade que estos efectos resultan ampliamente comprobados a través de los modelos de Karasek y Siegrist.

de agujas, el trabajo de pie y sentado, la vista fija y concentrada, el contacto con materiales contaminados, el contacto con látex y las posturas incómodas. En todas ellas, alrededor de 70% de los trabajadores –y más- manifestaron estar expuestos.

En el caso de la manipulación de agujas, el trabajo sentado, el contacto con materiales contaminados y látex, se observa que el porcentaje de médicos expuestos es considerablemente mayor que el del resto de los profesionales. Estos últimos mostraron mayor porcentaje de exposición que los médicos, en el caso de movimientos repetitivos, cargas pesadas, movimientos forzados, vibraciones por herramientas y maquinarias, trabajo con objetos a muy baja o elevada altura, sustancias químicas e inhalación de vapores. En estos casos se observan diferencias de al menos 6 puntos porcentuales (Figura 10).

Figura 10. Frecuencia relativa de la exposición condiciones y elementos nocivos en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Figura 10. Continuación

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

- (a) Basura, fluidos corporales, material de laboratorio
- (b) Alcohol, acetona
- (c) Yodo, cloro, desinfectantes
- (d) Rayos X, rayos gamma, partículas alfa y beta, radioactividad.
- (e) Productos sustancias químicas como solventes o clor
- (f) Solventes, diluyentes, de metales o de ácidos.
- (g) Óxido de nitrano, enfluoreno, halotano, isofluorano
- (h) Óxido de etileno, gluturaldehído
- (i) Drogas antineoplásticas, citotásticos, antibacteriales

Los movimientos repetitivos, los esfuerzos localizados y las posiciones antiérgonómicas constituyen los elementos nocivos que de forma más recurrente se destacan en estudios con trabajadores de la salud (OPS 2012; Assunção, 2011; Marsiglia, 2011). Este tipo de exposiciones se han observado con mayor frecuencia en el personal de enfermería, fisioterapeutas, técnicos, cirujanos y personal de mantenimiento (Assunção, 2011). Otros estudios también destacan los fluidos biológicos como elementos nocivos a los que frecuentemente se exponen los trabajadores (Fink *et al.*, 2005; Assunção, 2011; OPS 2012) sobre todo aquellos con funciones cercanas al trabajo de laboratorio, cirugía, curaciones, emergencias. Tal y como fue señalado antes por Spinelli *et al.* (2013), aun cuando las exposiciones acá estudiadas no pueden ser asociadas a riesgos³⁰ específicos, nos parece importante destacar la existencia de investigaciones internacionales que se enfocaron en analizar algunas de estas relaciones (OPS, 2012; Assunção, 2011; Prüss-Üstün, Rapiti & Hutin, 2003; Fink *et al.*, 2005; Warley *et al.*, 2006). De esta manera la idea de elemento nocivo y riesgo de enfermarse queda planteada como una hipótesis válida a profundizar en estudios posteriores.

Para seguir con el tema de la nocividad, la Figura 11 analiza la percepción de riesgos de accidentes de trabajo en los médicos y otros profesionales de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. En la figura se observa que los riesgos de accidentes más comúnmente percibidos por ambos grupos de trabajadores son los cortes y pinchazos, los atracos, agresiones físicas u otros actos violentos, y los golpes.

³⁰Se habla de riesgo en el sentido epidemiológico de probabilidad de ocurrencia de un evento; medida que no es susceptible de ser calculada en un estudio de prevalencias.

Figura 11. Frecuencia relativa de la percepción de riesgos de accidentes de trabajo en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%

El porcentaje de médicos es mayor en comparación a otros profesionales, en la percepción de cortes y pinchazos (84% vs. 68,9%), y en golpes atracos y agresiones físicas (42,6% vs. 33,2%) (Figura 11). A su vez los profesionales no médicos perciben más frecuentemente como riesgosos los golpes y las caídas, si se les compara con los médicos. Esto último, resulta coherente, si tenemos en cuenta que estos últimos riesgos, sumado a la manipulación de cargas pesadas, son más frecuentemente percibidos por trabajadores de enfermería y otras profesiones asistenciales (Spinelli *et al.*, 2013), funciones más comúnmente asociadas a movimiento de pacientes, camillas o trabajo de pie.

6.3 *Pluriempleo*

Otro de los elementos que nos permiten caracterizar las condiciones de trabajo de tipo institucional (Neffa, 1989), es el empleo. Por la complejidad de la problemática del empleo, en distintos lugares del presente informe hace referencia a algunas variables que nos permiten caracterizarlo como: el sistema de remuneraciones, los accidentes, y enfermedades profesionales³¹. No obstante, en el presente apartado, hemos decidido detenernos particularmente en el pluriempleo como una de las variables que afecta específicamente nuestra población de estudio. En este sentido, se indagó en la existencia de pluriempleo y en los motivos que llevaron a tenerlo.

Al indagar si además del empleo en el Hospital, el trabajador tenía otro trabajo remunerado, más de dos tercios del total de profesionales contestó que sí. Al profundizar en la distribución de respuesta en cada grupo, se encontraron diferencias importantes. El 83% de los médicos y el 52,5% del resto de los profesionales, respondió tener más de un empleo (Figura 12).

³¹ Si, bien variables como el salario y la cobertura de enfermedades y accidentes de trabajo, nos permiten caracterizar el empleo en la población estudiada, por una cuestión organizativa se decidió relevarlas en otros apartados. Así se incluye el salario en el apartado de descripción sociodemográfica y la cobertura de enfermedades y accidentes, en el apartado salud.

Figura 12. Distribución porcentual de la cantidad de empleos en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/ No contesta

*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%

Al preguntar por qué motivos ha tenido que buscar un segundo empleo, se observó que la necesidad de aumentar los ingresos fue reconocida por el 76,7% de los médicos y el 41,7% del resto de los profesionales. La motivación económica constituyó la principal para ambos grupos profesionales, pero resulta destacable que tiene mayor consenso en el caso de los médicos. Se reconocieron otros motivos de búsqueda de un segundo empleo, que si bien tienen porcentajes menores, vale la pena destacar. Por ejemplo, el 15,2% de los médicos y el 10,2% de otros profesionales, manifestaron como otro motivo, la búsqueda de ampliación de su experiencia y conocimientos. El 15,4% de los médicos y el 11,5% de los profesionales no médicos, justificó la búsqueda de un segundo empleo porque realiza tareas que le agradan más. Por último, resulta destacable que el 10,8% de los médicos manifestó como motivo la búsqueda de mejores condiciones de trabajo (Tabla 30, Apéndice C).

La alta prevalencia de pluriempleo en las poblaciones de médicos y otros profesionales de hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, coincide con la que resaltan otros estudios (Spinelli *et al*, 2013; SSPTyEL, 2013; Novick & Galin, 2003). Spinelli *et al*. (2013), destacan que el 45% del total de trabajadores de hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, tiene otros empleos, destacando que, después de los médicos, los trabajadores con mayores porcentajes de pluriempleo son: otros profesionales dedicados a la asistencia, seguido de técnicos y personal de enfermería. También resulta destacable, que son los varones y los trabajadores entre 40 y 49 años quienes refirieron tener otro trabajo remunerado (Spinelli *et al*, 2013). Otros, trabajos como el de Novick & Galin (2003), destacan que el pluriempleo alcanza el 54% cuando se analiza exclusivamente al grupo de profesionales³², llegando a los dos tercios en el caso de los médicos.

Una vez caracterizados y comparados los perfiles demográficos, de trabajo y empleo de los profesionales con nivel universitario y más de hospitales públicos del Gran Buenos Aires, nos proponemos adentrarnos en la caracterización general de su salud. Esta dimensión, ha sido intencionalmente pensada al final del estudio como parte de un intento de pensar la salud como parte de un contexto mucho más amplio que es el trabajo. Mirar la salud del sujeto trabajador, supone contextualizarla como parte de los procesos de trabajo, las condiciones y riesgos con los que convive diariamente. La salud deja entonces de ser una instancia exclusivamente biomédica, desvinculada de variables como el trabajo, para ser pensada, también a partir de sus determinantes socioestructurales³³.

³² El trabajo de Novick y Galin (2003) toma como base el análisis de la Encuesta del Mercado de trabajo del personal de salud, 2002. El dato antes presentado hace referencia al personal de salud en servicio de todo el Gran Buenos Aires.

³³ Si bien, no forma parte de los objetivos del presente estudio realizar explicaciones causales de las variables de salud-enfermedad-atención, sí considero que realizar en primera instancia una caracterización del trabajo, nos coloca en una postura conceptual diferente.

6.4 Salud y enfermedad autoreferidas

Partimos de la base de que la salud es un proceso complejo, dinámico, que abarca tanto la enfermedad, la percepción de salud como bienestar, y los procesos de atención. Es un punto de llegada, y también un camino. La hegemonía médica (Menéndez, 2005) nos ha convencido que solo desde esta profesión se puede hablar de salud y enfermedad, sobre todo definirlas. El presente estudio se apoya en un cuestionario que incluye preguntas sobre la salud desde la mirada de los propios trabajadores. Convencidos, de que ellos son quienes mejor pueden hablar sobre su salud y la de sus compañeros, las respuestas que aquí siguen, tienen la impronta de la salud autoreferida.

En este sentido, se presentarán resultados encaminados a comprender su visión sobre el estado de salud en general, sobre la prevalencia de algunos grupos de enfermedades y síntomas, así como algunos elementos referidos a accidentes y enfermedades relacionadas al trabajo y su atención.

Al indagar sobre la percepción de la salud general, en las poblaciones estudiadas, alrededor del 80% del total de profesionales de la salud consideró que era entre buena, muy buena y excelente (Tabla 31, Apéndice D). Por su parte, al profundizar en la comparación al interior del grupo de profesionales es levemente mayor la proporción de médicos que tiene una percepción positiva de su salud, destacándose que poco más de un tercio de los profesionales tanto médicos como no médicos, la califica como excelente o muy buena. Resulta destacable que el 15,6% de los profesionales no médicos y el 9,2% de los médicos, define su salud como regular o mala (Figura 13).

Figura 13. Distribución porcentual de la percepción de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/ No contesta

*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%

Al pedir a los trabajadores que pensarán su salud, en comparación al año anterior no se encontraron diferencias destacables. En términos generales, alrededor de dos tercios del total de profesionales manifestó que su salud era igual a la del año anterior, mientras el 15% dijo que era peor, y similar proporción que era mejor (Tabla 32, Apéndice D). En esta variable no se encontraron grandes diferencias entre los grupos profesionales comparados, salvo que fue levemente mayor la proporción de médicos que consideraba que su salud era peor a la del año anterior; y que fue levemente mayor la proporción de otros profesionales que consideraba que su salud era mejor a la del año anterior, comparada con los médicos.

El presente estudio también se propuso analizar algunas variables referidas a daños a la salud. La Figura 14, muestra las frecuencias de relativas de los problemas de salud en el último año³⁴, de forma comparada entre médicos y el resto de los profesionales. En ella se observa que el

³⁴ Al momento del trabajo de campo.

grupo de enfermedades más prevalentes para el total de profesionales es el de las osteoarticulomusculares y radiculares (82,6%), seguido por las enfermedades oftalmológicas (61%), los padecimientos mentales (58,4%) y los problemas gastrointestinales (51,2%).

Al comparar ambos grupos profesionales, se observa que en el caso de las enfermedades osteoarticulomusculares y radiculares, los padecimientos mentales y las enfermedades gastrointestinales las prevalencias para ambos grupos no presentan diferencias destacables. Al analizar el resto de los grupos de enfermedades, se observa que los profesionales no médicos, tienen mayores tasas de prevalencia en casi todos, salvo en el caso de la hipertensión arterial donde los médicos tienen casi 10 puntos porcentuales más (Figura 14). Otros grupos de enfermedades que presentan amplias diferencias “en favor” de los profesionales no médicos, son las enfermedades respiratorias, las del aparato vascular periférico, las enfermedades dermatológicas y del aparato urinario (Figura 14).

Figura 14. Frecuencia relativa de problemas de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

Nota: no se muestran en el gráfico las prevalencias de enfermedades oncológicas, infectocontagiosas, endocrinometabólicas, ni sexuales y reproductivas por no presentar coeficientes de variación aceptables

*Estimación con coeficiente de variación mayor del 20%

(a) Angina de pecho, ACV, IAM

Las elevadas prevalencias de enfermedades osteoarticulomusculares y radiculares y de padecimientos mentales coincide con estudios nacionales e internacionales, que las destacan como los principales problemas asociados al trabajo en salud (Spinelli *et al.*, 2013; Assunção, 2011; OPS/OMS, 2012; Rodríguez, 2005).

Las enfermedades que hemos definido osteoarticulomusculares y radiculares, también descriptas en la bibliografía como trastornos musculoesqueléticos o Lesiones por Esfuerzo Repetitivo (LER), incluyen padecimientos específicos como tendinitis, dolores lumbares, de cuello, espalda y columna, ciáticas o ciatalgias, y artritis o cualquier otro tipo de reumatismo. Este tipo de problemáticas suele estar asociada a particularidades del proceso de trabajo en salud, referidos a: movimiento o traslado de pacientes, períodos prolongados sentados, de pie o en posiciones incómodas como en el caso del trabajo en quirófano. Algunas de estas condiciones de trabajo, particularmente el trabajo de pie, podrían causar daños en el aparato vascular periférico. En este sentido, Spinelli *et al.* (2013), destacan que el personal de enfermería es el que presenta las mayores frecuencias de daño (50,7%).

6.4.1 ¿Estrés o sufrimiento mental? Problematizando los llamados padecimientos mentales

En el estudio La salud de los trabajadores (Spinelli *et al.*, 2013), se indagó entorno a definiciones biomédicas de los padecimientos mentales; en particular se preguntó si en los últimos 12 meses el trabajador “presentó o se trató” por estrés o depresión. Resulta destacable que al circunscribir la pregunta a estos dos padecimientos la prevalencia fue de 83,4% para los médicos y 84,3% para los profesionales son médicos. Esto bien, podría tener que ver con una medicalización del sufrimiento mental, propio de la mirada que impone el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2005), pero nos preguntamos si no serían más altas estas frecuencias relativas si ampliamos el concepto a otro tipo de malestares o de sufrimiento, no encapsulable en una definición biomédica como estrés o depresión. Nos referimos puntualmente malestares más específicos como sensación de irritabilidad, problemas para dormir, alteraciones del apetito, dolores de cabeza o bajo estado de ánimo.

Para ello nos apoyamos en el concepto de sufrimiento en el trabajo (Gollac, 2012; Dejours, 2009), que se aparta del análisis del estrés³⁵ entendido como reacción biológica, para pensar en el sufrimiento como un efecto inseparable de lo que el autor llama psicodinámica del trabajo, la resonancia simbólica entre el trabajo y la historia personal del sujeto. Otro elemento interesante que nos trae Gollac, tiene que ver con trascender la mirada individualista del estrés, para pensar en los llamados factores de riesgo psicosociales, que atañen más a los colectivos. A esto se refiere Menéndez (2005) cuando propone cuestionar la mirada individualista impuesto por el Modelo Médico Hegemónico, cuando propone pensar en los padecimientos colectivos. O lo que Gollac (2005, p.9) define como “las causas comunes de las situaciones singulares”. Es por ello que nos interesa agregar otros datos que nos permitan realizar una lectura menos medicalizante que la puede aportar una clasificación de enfermedades, para lo cual indagamos en algunas formas autoreferidas del malestar.

Es por ello que a continuación profundizamos un poco más en algunos padecimientos o “síntomas”³⁶ que podrían ayudarnos a construir una comprensión más completa del sufrimiento mental en los profesionales de salud de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. En la Figura 15 se puede observar que la sensación continua de cansancio es la forma de malestar más frecuente tanto en médicos (59,4%) como en otros profesionales de salud (53%), seguido de problemas para dormir, irritabilidad y sensación de cansancio físico permanente. Cabe destacar que la mayor parte de las formas de malestar indagadas fueron referidas por al menos un tercio de los trabajadores indagados. Aquellas formas de malestar que muestran diferencias destacables entre ambos grupos son: la sensación continua de cansancio, los problemas para dormir, la irritabilidad y el bajo estado de ánimo. Estas últimas tienen mayores frecuencias relativas en el grupo de médicos. Resulta destacable que en el caso de la referencia a “problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa...)”, tuvo mayor frecuencia relativa en los profesionales no médicos.

³⁵ En el texto citado, Gollac se apoya en un análisis comparativo entre estrés y sufrimiento mental, presentado por Molinier P. y Flottès A.

³⁶ Entrecorramos el concepto de síntomas, ya que si bien en el cuestionario fue indagado de esta manera, consideramos que alude a una noción biomédica -tendiente a clasificar y luego agrupar en síndrome-, que consideramos insuficiente para un análisis más profundo de la salud.

Figura 15. Frecuencia relativa de problemas “síntomas” o padecimientos en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

El sufrimiento mental puede reconstruirse a partir de variables que hablen de malestar psíquico, pero también físico. Los resultados que se presentan en la Figura 14 aluden a una dimensión biomédica más clasificatoria, es por ello que en la Figura 15 nos propusimos complementar con otro tipo de información que nos permita comprender el sufrimiento mental o el malestar psíquico desde otras variables, que pretenden describir otras aristas del malestar. Las preguntas cerradas, no pueden captar el padecimiento cómo lo haría un abordaje más cualitativo, pero nos permiten al menos ir acercándonos a comprenderlo.

Si bien, no ha sido objetivo del presente estudio responder a preguntas de tipo causal, sí ha sido definida en la literatura que el sufrimiento mental podría estar asociado a algunas

particularidades del trabajo en salud referido a: la relevancia del vínculo en el trabajo cotidiano, el trabajo de alta responsabilidad, las elevadas demandas, así como la relación cotidiana con el sufrimiento y la muerte (Wallace, Lemar & Ghali, 2009; Noriega *et al.*, 2004).

6.4.2 Vínculo con el trabajo y mecanismos de atención de la salud de los trabajadores: la poca precisión de los datos

Al preguntar a los trabajadores si los problemas o enfermedades antes mencionados, se relacionaban en alguna medida con el trabajo, el 77,7% de los médicos y el 76% del resto de los profesionales contestó que sí, o que “algunos sí” (Tabla 35, Apéndice D).

Otra de las líneas de indagación que nos parece importante analizar, tiene que ver con el autoreporte de accidentes de trabajo, así como el proceso de atención por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)³⁷. Entendemos que los procesos de atención no se agotan en la atención por parte de las aseguradoras, diríamos que por el contrario las ART constituyen solo una parte del análisis. Pero por la polémica que suscitan, por lo complicados de sus mecanismos, y por la relevancia legal que entraña, consideramos importante hacer una aparte en ello.

Se preguntó a los trabajadores que formaron parte del presente estudio si en los últimos 12 meses³⁸ había tenido alguna lesión o accidente en su trabajo, a lo que el 90,7% de los médicos y el 85,4% de otros profesionales de salud, contestó que no. El 6,9% de los médicos y 8,3% de otros profesionales de salud tuvo un solo accidente en el último año, pero estos datos, son poco precisos, por tener intervalos de confianza muy amplios, y un coeficiente de variación mayor al 20% (Tabla 36, Apéndice D). Paralelamente se preguntó más específicamente qué tipo de accidentes habían tenido en el último año³⁹, a lo cual el 9,6% de los médicos y el 14,6% de otros profesionales de salud, reportaron “caídas, tropiezos o resbalones”; de los profesionales no médicos el 10,9% reportó además, haber sufrido golpes y el 8,2% cortes o pinchazos. Al indagar

³⁷ Tal y como se mencionó en la Justificación de la investigación, las ART son las instancias existentes en la Argentina para gestionar los procesos de atención y cobertura de riesgos del trabajo.

³⁸ Al momento del trabajo de campo.

³⁹ Por tratarse de una pregunta de opción múltiple, el trabajador/a podía marcar todas las opciones que considerara pertinente.

por el lugar de ocurrencia del accidente que el trabajador consideraba más importante, el 60,4% de los médicos y el 65,7% de otros profesionales manifestaron que había sido en el lugar de trabajo (Tabla 38, Apéndice D). Por último, vale destacar que el 74% de los médicos y el 58,4% de otros profesionales de salud que manifestaron haber tenido un accidente de trabajo, no lo reportó a la ART (Tabla 39, Apéndice D).

Respecto a lo antes analizado, nos parece importante señalar que dada la baja proporción de trabajadores en ambos grupos que reportaron haber tenido accidentes, gran parte de los datos tenían muy poca precisión, por lo que se decide presentar solo los datos válidos o aceptables. Es por ello que consideramos que los elementos hasta aquí aportados, deben ser leídos con precaución. Sobre esta base, sí consideramos fundamental para futuras investigaciones realizar un análisis cualitativo más profundo que permita comprender las particularidades del proceso de atención (reporte, reconocimiento y atención) por parte de las ART, y las diferencias para ambos grupos de trabajadores.

7. CONCLUSIONES

Llegado a este punto del informe, además de sintetizar en líneas generales los resultados encontrados, se hace necesario pensarlos desde otro lugar. En este intento, lo primero que me surgen son preguntas ¿cuánta singularidad tienen las poblaciones de profesionales médicos y no médicos de hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires? ¿Qué peso pueden estar teniendo en la configuración de sus perfiles de trabajo, empleo y salud la historia de la profesión y cuánto la dinámica que marca la realidad hospitalaria? Estas preguntas, tienen que ver con la posibilidad de los sujetos y colectivos de ser diferentes a lo que les marca la historia y las estructuras. Sin dudas, estas preguntas no se pueden responder con los datos que tenemos. Se precisa realizar más investigaciones -más amplias, más profundas- para empezar a delinear respuestas. No obstante, los resultados presentados en el capítulo anterior nos pueden dar algunas pistas para empezar a pensar. Pero, hagamos primero una breve síntesis de los resultados encontrados, para luego adentrarnos en delinear algunas lecturas más generales.

Los profesionales de salud del aglomerado Gran Buenos Aires, tienen algunas características en común, sobre todo en términos de procesos trabajo, empleo y salud. En cuanto a los procesos de trabajo por ejemplo, se identifica el diálogo con los pacientes como la principal herramienta, a la vez que se percibe una cierta distancia con los pacientes por considerarse poco cuestionados, seguros en la relación, y con poco tiempo para destinarle a establecer vínculos. También son comunes algunos elementos que dan cuenta de un deterioro condiciones de trabajo y empleo, como por ejemplo el elevado número de horas de trabajo y pocas de descanso, percepción de riesgos de accidentes y presencia de pluriempleo en un porcentaje importante de ambas poblaciones. Por último, también les son comunes daños a la salud como: enfermedades osteoarticulomusculares y radicales, oftalmológicas, gastrointestinales y padecimientos mentales.

No obstante, ambas poblaciones tienen cuestiones que las diferencian. Tomamos como punto de análisis a los médicos, por tratarse de una profesión con una trayectoria de vida mucho más larga, con sinuosidades históricamente determinadas que definen su configuración identitaria actual. Los médicos representan casi la mitad de los profesionales de salud con nivel universitario y más en el país (Abramzón, 2005). En los hospitales del aglomerado Gran Buenos Aires, se

percibe una realidad similar: los médicos constituyen la principal presencia –y probablemente también el principal sostén- al interior de los equipos de profesionales de salud. En nuestro estudio, los profesionales médicos son además tienen una estructura de edad más envejecida, tienen mejores salarios y suelen ser el principal aporte del hogar en mayor medida que los profesionales no médicos. En cuanto a la distribución por sexo, los médicos tienen una distribución bastante homogénea, a diferencia de los profesionales no médicos que tienen un predominio de las mujeres.

En términos de proceso de trabajo, tienen una menor valoración del vínculo con los pacientes y manifiestan implicarse menos con ellos en comparación con el resto de los profesionales del hospital. Ambos grupos muestran un deterioro en las condiciones de trabajo, pero los médicos en general tienen menos días de descanso y trabajan menos horas en el hospital; esto probablemente se deba al hecho de trabajar más horas fuera del hospital, ya que en su gran mayoría tiene más de un empleo. Esto podría estar hablando de un proceso de desregulación –dígase, flexibilización laboral-. También son los médicos quienes están más expuestos a riesgos⁴⁰ sobre todo relacionados a la manipulación de agujas, trabajos de pie y sentado, vista fija y concentrada, manipulación de materiales infestados y látex.

En términos generales, resulta destacable que la profesión médica goza de una gran autonomía no solo por tratarse de una burocracia profesional, sino por la legitimidad histórica que le otorga ejercer el monopolio legal de la práctica. Esta autonomía, los coloca como mostraron los resultados, en un lugar jerárquico y con autopercepción de seguridad frente a los pacientes. No obstante, parecería que esta posición de poder no es lo único que está influyendo a la hora de pensarlos como colectivo de trabajadores. Los elevados porcentajes de sufrimiento mental, la existencia de pluriempleo, así como los limitados vínculos con los pacientes podrían estar hablando de una población para la que el trabajo no está constituyendo fuente de bienestar. A su vez, el deterioro de las condiciones de trabajo y empleo antes mencionadas, podrían estar hablando de un proceso de desregulación y de precarización laboral, de necesario análisis posterior. Podría pensarse en una desregulación legitimada por las características del trabajo en salud: un trabajo que no para, en una institución que no duerme. Resulta curioso – incluso,

⁴⁰ Cabe recordar que se analizó la percepción de la exposición a riesgos de diversa índole y en particular de riesgos de accidentes.

preocupante- pensar en desregulación y en precarización laboral, cuando las poblaciones estudiadas forman parte de la planta permanente de hospitales públicos.

Las características de la institución hospital, a mi juicio podrían estar contribuyendo al panorama antes presentado. El verticalismo y la elevada especialización, atenta contra el seguimiento de pacientes con nombre y apellido, contra el cuidado integral y la generación de vínculos a mediano y largo plazo. Si los vínculos y los procesos de cuidado sostenidos no se fomentan, es más probable que el trabajo se haga más pragmático, menos motivante, incluso más centrado en protocolos y equipamientos como legitimadores de prácticas. Según los hallazgos de la presente investigación, me animo a pensar en la existencia de lógicas de trabajo más centradas en los profesionales y sus prácticas que en los usuarios y los procesos de cuidado. No quisiera con eso, caer en un análisis culpabilizador del trabajador, pero sí me parece importante, en las poblaciones que nos ocupan, pensar cuánto del trabajo vivo podría estar siendo capturado por la lógica estructural hospitalaria y por la lógica de un Modelo Médico Hegemónico, que tiende a protocolizar, a dejar un poco de lado los vínculos y la historia social del paciente.

Esta investigación tiene una limitación que considero necesario discutir, y tiene que ver con la heterogeneidad de profesiones que compone el grupo de profesionales no médicos. Si bien el marco teórico elegido da cuenta de una focalización en el grupo médicos como profesión hegemónica en la institución hospital, hubiera sido deseable compararla con otros grupos profesionales específicos. Pero, producto de las características de la muestra de la investigación madre esto no fue posible. Por una parte, el número de profesionales no médicos que finalmente formaron parte de la muestra, no era lo suficientemente grande en cada profesión como para sostener análisis con niveles de precisión aceptables. Por otra parte, los resultados del grupo de profesionales no médicos no pueden ser extrapolados a cada profesión, ya que en este grupo se encuentra un predominio de bioquímicos y licenciados en enfermería. Esto sin dudas podría estar sesgando las respuestas hacia las características de los procesos de trabajo, de empleo y salud de estas dos profesiones. Por último, cabe destacar que en el caso de los licenciados en enfermería no representan toda la diversidad de este trabajo; téngase en cuenta que dada la forma en que se encuentra estructurada esta profesión en la Argentina, en ocasiones los licenciados en enfermería

tienen funciones diferenciadas con los llamados “enfermeros profesionales” y los auxiliares de enfermería.

Ante las limitaciones que plantea el presente estudio, me parecería interesante poder seguir indagando en otras problemáticas que no fue posible profundizar acá, como: análisis de corte cualitativo de los procesos de trabajo, de salud; análisis que profundicen en los riesgos psicosociales del trabajo, así como en el sufrimiento mental en los profesionales de la salud; también, estudios que profundicen en elementos cualitativos en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como el circuito de reporte, reconocimiento y atención por parte de las ART. Por último, sería deseable poder pensar estudios que permitan comprender de manera más acabada el grupo que acá hemos llamado profesionales no médicos. Este grupo entraña una riqueza en sí mismo, por la diversidad de profesiones y por tanto de procesos de trabajo y salud que entraña.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abadía C, Pinilla Y, Ariza K, Ruíz HC. Neoliberalismo en salud: La tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. Rev. Salud pública [Internet]. 2012 [citado 22 oct 2014];14(Suppl 1):18-31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000700003&lng=en.

Abramzón M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Buenos Aires: OPS; 2005 [citado 17sep2012]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdrh_dist%20geografica/pdf/ARHenS62.pdf

Acosta M, Torres M, Díaz DG, Aguilera MA, Pozos BE. Seguro Popular, condiciones psicosociales de trabajo y violencia en empleados de una institución de salud en México: un análisis desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 13 nov 2014];31(Supl 1):81-191. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400020&lng=en.

Alazraqui M, Diez Roux AV, Fleischer N, Spinelli H. Salud auto-referida y desigualdades sociales, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2009 [citado en Nov 2012]; 25(9):1990-2000. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900013&lng=en.

Arenas-Monreal L, Hernández I, Jasso R, Martínez PC, Menjivar A. Prevalencia de tabaquismo de médicos y enfermeras en los estados de Morelos y Guanajuato. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México [Internet]. 2004 [citado 15 dic 2014];17(4):261-265. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000400003&lng=es.

Assunção AA. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. En: Minayo Gómez C, Huet Machado JM, Lopez Pena PG, organizadores. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz. p.453-478.

Beck U, Beck E. El normal caos del amor. Editorial SAGE, 2001.

Belmartino S. Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. Salud Colectiva. 2010;6(3):329-356.

Biasi N. (2011). La accidentalidad laboral en la Argentina desde una perspectiva de género y actividad económica [Internet]. Buenos Aires: SRT-Instituto de Estudios Estratégicos y Estadísticas [citado 3 sep 2015]. Disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/informes/2011/2011_SexoEdad.pdf.

Blázquez RM, Novoa A. Exposición ocupacional a patógenos hemáticos. Lo mejor, prevenir. Medicina clínica [Internet]. 2004 [citado 15 dic 2014];122(3):99-100. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-29137>

Bobroff MC, Martins J. Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho. Revista Bioética [Internet]. 2013 [citado 10 ene 2015]; 21(2):251-258. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200008&lng=en

Bourdieu P. Wacquant L. Respuestas por una antropología reflexiva. México: Grijalbo; 1995.

Cacciari P Haddad MC, Vannuchi M, Dalmas JC. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. Revista brasileira de enfermagem [Internet]. 2013 [13 nov 2015];66(6):860-865. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600008&lng=en

Cárcoba A (comp.). La salud no se vende ni se delega, se defiende. El modelo obrero. Madrid: GPS; 2007.

Chiang M, Gómez N, Sigoña IM. Factores psicosociales, stress y su relación con el desempeño: comparación entre centros de salud. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2013 [citado 10 ene 2015];21(2):111-128. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382013000200002&lng=es.

Costa F, Martins AME, Santos PE, Veloso NP, Magalhães V, Ferreira RC. ¿La vacunación contra hepatitis B es una realidad entre trabajadores de la Atención Primaria de Salud?. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 6 ene 2016]; 21(1): 316-324. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100005&lng=en.

Costa Schmidt DR. Modelo Demanda-control y estrés laboral entre profesionales de enfermería: revisión integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 10 ene 2015];66(5): 779-788. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500020

Cotta, R; Mendonça, E; Costa, G. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no sistema único de saúde. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 6 ene 2016];30(5):415-421. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-610067>

Cruz MLC, Chaves MY, Barcellos DRC, Almeida L, de Oliveira Secco IA, Jorge PL. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2010 [citado 10 ene 2015]; 26(1):52-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009&lng=es.

Epelman M, Novik M, Piccinini A, Rodríguez C. Salud y trabajo [Internet]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 30 abr–7 may 1988; Aula Magna de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA),CABA[citado24jun2012].Disponible en: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/2_jornadas_de_atencion_primaria_de_la_salud.php

Ernane DS, Almeida Filho N. Medindo a saúde. En: Almeida Filho N, Barreto ML (comp.). Epidemiologia & Saúde. Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 118-126.

De Genaro V, Efrom R, Epelman M, Garaño P, Neffa J, Rodríguez C. Las condiciones de trabajo y su relación con el proceso de salud-enfermedad [Internet]. IIIº Jornadas de Atención Primaria de la Salud Buenos Aires; 8-15 abril 1989; Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires [citado 31 ago 2012]. Disponible en: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/v_item2.php

Dejours C. Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale. Paris: Éditions Points Seuil, collection Essais, 2009.

Domínguez JM, Padilla I, Domínguez J, Martínez ML, Ortega M, García, M, Moreno AB. Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. Medicina y Seguridad en el trabajo [Internet] 2012. [citado 30 nov 2014]; 58(227):117-127. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n227/original4.pdf>

Filho M, Araújo TM. Estrés laboral y salud mental de los profesionales del Centro de Especialidades Médicas de Aracajú, Sergipe, Brasil. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2015 [citado 10 ene 2015]; 13(1):177-199. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13s1/1981-7746-tes-13-s1-0177.pdf>

Fink V, Laufer N, Fonio S, Figueroa M, Rolón M, Cando O, Pérez H, Cahn P. (2005). Profilaxis post-exposición ocupacional: experiencia en un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires. Actualizaciones en SIDA [Internet]. [citado 28 sep 2012];13(50):119-125. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd1367.pdf>.

Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. 2011;7(1):9-20.

García LP, Höfelmann DA, Facchini LA. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2010 [citado en Nov 2012]; 26(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500019&lng=en&nrm=iso.

Gaynés, E, Giménez, M, Portell, M. El *burnout* en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. Archivos de prevención de riesgos laborales [Internet]. 2004 [citado 10 ene 2015];7(3):101-108. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-35440>

Gollac M, Volkoff S. La santé au travail et ses masques. Actes de la recherche en sciences sociales [Internet]. 2006 [citado 15 abr 2016] 3(163): 4-17. Disponible en: <http://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2006-3-page-4.htm>

Gollac M. Los Riesgos psico-sociales en el trabajo. Seminario Internacional Los riesgos psicosociales en el trabajo; 19-23 sept 2011; Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de La Plata.

González C, Araujo G, Agoglia R, Hernández S, Seguel I, Saenz Cr. Tuberculosis en trabajadores de salud. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2010 [citado 12 ene 2015]; 70(1):23-30. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000100005&lng=es.

González Leandri R. La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870. En: Lobato MZ, editor. Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina. Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata; 1996. P.19-53.

Hernández MJ, Campins M, Martínez EV, Ramos F.; García A; Arribas JL. Exposición ocupacional a sangre y material biológico en personal sanitario. Proyecto EPINETAC 1996-2000. Medicina Clínica [Internet]. 2004 [citado 15 dic 2014];122(3):81-6.. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-14746695>

International Labour Office. Introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health [Internet]. Istanbul; 2011 [citado 31 ago 2012]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_162662.pdf

Laurell AC. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos [Internet]. 1978 [citado 30 abr 2012];(17):59-79. Disponible en: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/num17.html>

Laurell AC. Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. Cuadernos Políticos [Internet]. 1984 [citado 17 may 2012]; (41):63-83. Disponible en: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.41/CP41.6AnaCristinaLaurell.pdf>

Longhi MP, Craco PF, Palha PF. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. Revista brasileira de enfermagem [Internet]. 2013 [citado 10 dic 2014]; 66(1):38-45. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100006&lng=en

Lovera MN, Castillo MS, Malarczuc C, Olivera C, Bonneau GA, Ceballos BH. Incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y factores de riesgo en una cohorte de trabajadores de la salud. Acta bioquímica clínica latinoamericana [Internet]. 2014 [citado 13 nov 2015];48(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572014000100007&lng=es.

Marques, AMP, Pereira MR, Oliveira ASB, Oliveira LVM, Marques LFC. Confluências das práticas alternativas de saúde: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Brasília; *UnB; ObeservaRH; Nesp; 2012. 190 p. (Observação, 9)*. Disponible en: http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/09_confluencias_praticas_alternativas_1.pdf

Martin AL, Spinelli H. Para que el hombre vuelva a cantar mientras trabaja. El Instituto de Medicina del Trabajo (IMT) y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 2011;7(2):177-197.

Martínez MC, Alarcón W, Lioce MS, Tennasse M, Wuilburn S. Prevención de accidentes laborales con objetos punzocortantes, exposición ocupacional a agentes patógenos de la

sangre en el personal de salud. [Internet]. 2008 [citado 17 nov 2015]; 16(1):53-59 Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382008000100006&lang=pt

Mayer MA. Las coberturas de vacunación en el adulto y entre los profesionales sanitarios: una asignatura pendiente en atención primaria. Atención Primaria [Internet] 2004 [citado 17 nov 2015];34(7):49-50. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-15511354>

Mendes R, Costa Dias E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1991 [citado el 27 de abr 2012];25(5):341-349. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003

Menéndez E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005;(1):9-32.

Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2002. p. 309-374.

Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

Mintzberg H. La burocracia profesional. En: Diseño de organizaciones eficientes. Buenos Aires: El Ateneo; 2001. p. 159-179.

Nakandakary M, de la Rosa D, Gutierrez J, Bryson J. Tuberculosis en trabajadores de salud: Estudio epidemiológico y clínico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Revista Médica Herediana. [Internet] 2014 [citado 17 nov 2015];25(3):129-134. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000300004&lng=es&nrm=iso

Neffa CC. ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una perspectiva. Buenos Aires: HVMANITAS, 2002.

Nogueira RP, Piola SF, Rodrigues VA. Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObservaRH. [Internet] 2010. Serie Observação 5 [5 citado 05 sep 2014]. Disponible en: http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/05_Tendencias-na-evolucao-do-emprego-e-nas-relacoes-de-trabalho-em-saude-END.pdf

Noriega M, Gutierrez G, Méndez I, Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 27 nov 2012]; 20(5):1361-1372. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/31.pdf>

Novick M, Galin P. Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización de empleo. El caso del sector salud. En: OPS/OMS. Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones. [Internet]. 2003 [citado en Nov 2012] Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub58.pdf

Pai DD, Lautert L, Souza SBC, Marziale MHP, Tavares JP. Violence, Burnout and Minor Psychiatric Disorders in Hospital Work. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2015 [citado 05 sep 2014]; 49(3):457-464. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300457&lng=en

Pérez-López JA, García-Elorriaga G, Del Rey-Pineda G., Manjarrez-Téllez B. Anticuerpos contra hepatitis B después de vacunación en trabajadores de la salud. *Salud pública Méx* [Internet]. 2011 [citado 01 sep 2014];53(3):205-206. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300003&lng=en.

Prochnow A, Magnago TSB, Urbanetto JS, Beck CLC, Lima SBS, Bitencourt P, Greco T. Capacidad para el trabajo en enfermería: relación con demandas psicológicas y control sobre el trabajo. *Revista Latino-americana de Enfermagem* [Internet]. 2013 [citado 05 sep 2014]; 21(6):1298-1305. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000601298&script=sci_arttext&lng=es

Puecas Sánchez P, Cabrera Enriquez J, Díaz Vélez C. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, un problema en trabajadores de la salud. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2012 [citado 10 oct 2015];29(1):8-9. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000100004&lng=es&nrm=iso

Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattella M, Re A. (1986). *Ambiente de trabalho: A luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2012 [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 12 nov 2015] Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1

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

Rodríguez, CA. La salud de los trabajadores: Contribuciones para una asignatura pendiente. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo; 2005. Riesgos hospitalarios y prevención; p. 179-190.

Santana JP, Piola SF, Vianna SM, Rodrigues VA, Valdemar A, Ramos ZVO. O médico da Estratégia de Saúde da Família em Belém, Boa Vista, Manaus e Rio Branco. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObserveRH. [Internet] 2012. *Serie Observação* 10 [citado 05 sep 2014]. Disponible en: http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/10_Medico_SF_Norte.pdf

Santana JP. Aspectos institucionais, do emprego e da atividade do médico na atenção à saúde da família do Distrito Federal: estudo de caso nos setores público e privado. Brasília: UnB/Ceam/Nesp/ObserveRH. [Internet] 2010. Serie *Observação 1* [citado 05 sep 2014]. Disponible en: http://capacidadeshumanas.org/observarh/wp-content/uploads/2016/04/01_Aspectos-Institucionais-do-Emprego-e-da-Atividade-do-Me%CC%81dico_DF-END.pdf

Sarquis LMM, Felli VEA. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2009 [citado 10 sep 2014];62(5):701-704. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500008&lng=en.

Simino GPR, Santos CB, Mishima SM. Follow-up of Cancer Patients by Family Health Workers. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 08 sep 2014];18(5):856-863. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500004&lng=en

Spinelli H, Trotta A, Guevel C, Santoro A, García S, Negrin G, Morales Y. Los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina 2010-2012. Buenos Aires: OPS/OMS; 2013.

Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. 2010;6(3):275-293.

Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales - DGEyEL. Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; 2013 [citado 5 may 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Adjuntos%20Fuerza%20de%20Trabajo%20FT/Ministerio_de_Trabajo-Agosto2013-SitOcupacTrabSectorSalud.pdf

Testa M. (1997). Análisis de Instituciones Hipercomplejas. En: Merhy E, Onocko R, organizadores. Praxis en Salud: un Desafío para lo Público. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 11-70.

Testa, M. Pensar en salud. 1ª ed. 5ª reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Tomasina F, Bozzo E, Chaves E, Pucci F. Impacto de las condiciones laborales en la salud de trabajadores de un centro quirúrgico. Revista Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 17 nov 2015];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200008&lng=es.

Tuya-Figueroa X, Mezones-Holguin E. Violencia contra médicos: un problema por considerar en la investigación de recursos humanos en salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [Internet]. 2012 [citado 13 nov 2014];29(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100034&lng=es&nrm=iso

Valecillo M, Quevedo AL, Palma AL, Dos Santos A, Montiel M, Camejo M, Sánchez M. Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. Salud de los trabajadores. [Internet]. 2009 [citado 13 nov 2014];17(2):85-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/st/v17n2/art02.pdf>

Velloso ISC, Araújo MT, Alves M. Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde na interface com a violência. Acta Paulista de Enfermagem. [Internet] 2011 [citado 09 sep 2014];24(4):466-471. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400004&lng=en

Vieira LJS, Souza ER, Xavier EP, Lira SVG, Ferreira RC. Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência. Saúde e Sociedade. [Internet] 2010 [citado 02 oct 2014];19(1):213-223. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-544726>

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. The Lancet. 374:1714-1721.

Warley E, Desse J, Szyld E, Silva Nieto F, Cetani S, Pereyra N, De Luca A, Gurtman A. (2006). Exposición ocupacional al virus de hepatitis C. Medicina (Buenos Aires) [Internet]. [citado 28 sep 2012];66(2):97-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v66n2/v66n2a01.pdf>

Werner A. Argentina. En: Elgstrand K, & Petersson NF, editores. Stockholm: OSH for Development. Royal Institute of Technology, 2009.

Williams G, Duré I, Dursi C, Pereyra JC. Médicos en Argentina: Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. Revista Argentina de Salud Pública. 2014;(5)19:39-42

APÉNDICES

APÉNDICE A- ¿Quiénes son? ¿Qué hacen? Perfiles sociodemográficos de los profesionales de la salud de hospitales del Gran Buenos Aires.....	102
---	-----

Tabla 1. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	102
Tabla 2. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, según ocupación. Argentina, 2010-2012.	102
Tabla 3. Distribución porcentual por grupos de edad de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	103
Tabla 4. Distribución porcentual por sexo de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	103
Tabla 5. Distribución porcentual del aporte a la economía del hogar en médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	104
Tabla 6. Distribución porcentual del salario mensual del hogar de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	104
Tabla 7. Distribución porcentual del salario mensual percibido en el hospital por los médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	105

APÉNDICE B- Procesos de trabajo en el hospital público.....	106
--	-----

Tabla 8. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la identificación con las necesidades de los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	106
Tabla 9. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a considerar las necesidades de los usuarios en sus decisiones y/o actitudes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	106
Tabla 10. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a si les preocupa la opinión de los usuarios sobre sus decisiones y/o actitudes en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	107
Tabla 11. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la facilidad para percibir cuando los usuarios no	107

están conformes con sus opiniones y/o actitudes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	
Tabla 12. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto al sentimiento de vulnerabilidad ante los usuarios en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	108
Tabla 13. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la incertidumbre en el primer contacto con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	108
Tabla 14. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a si les resulta difícil que los usuarios aprueben sus decisiones y/o actitudes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	109
Tabla 15. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a que los usuarios les hagan sentir que no son buenos para el trabajo, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	109
Tabla 16. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a si les resulta sencillo comunicarse con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	110
Tabla 17. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto al tiempo para tener un buen diálogo con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	110
Tabla 18. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la generación de retrasos por escuchar a los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	111
Tabla 19. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a evitar escuchar los problemas personales de los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	111
Tabla 20. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la existencia barreras culturales en la comunicación con los pacientes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	112
Tabla 21. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la importancia otorgada lo que piensan los pacientes sobre ellos, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	112
Tabla 22. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto la implicación con los usuarios, las tareas y la profesión, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado	113

Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	
Tabla 23. Distribución porcentual del número de horas trabajadas en la semana, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	113
Tabla 24. Distribución porcentual del número de días de descanso semanal en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	114
Tabla 25. Distribución porcentual de la frecuencia con que ha tenido que llevarse trabajo a casa en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	115
Tabla 26. Distribución porcentual de la frecuencia en que ha tenido que prolongar su jornada laboral en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	115
Tabla 27. Frecuencia relativa de las exposiciones a condiciones y elementos nocivos de médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	116
Tabla 28. Frecuencia relativa de la percepción de riesgos de accidentes de trabajo en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	120

APÉNDICE C –Pluriempleo124

Tabla 29. Distribución porcentual de la cantidad de empleos en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	123
Tabla 30. Frecuencia relativa de los motivos de pluriempleo en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	123

APÉNDICE D - Salud y enfermedad autoreferidas125

Tabla 31. Distribución porcentual de la percepción de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	125
Tabla 32. Distribución porcentual de la percepción de salud comparada a la del año anterior, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	125
Tabla 33. Frecuencia relativa de problemas de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	126
Tabla 34. Frecuencia relativa de problemas “síntomas” o padecimientos en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	128
Tabla 35. Distribución porcentual de la percepción de vínculo de problemas de salud con el trabajo, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos	130

generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	
Tabla 36. Distribución porcentual de accidentes autoreportados, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	131
Tabla 37. Frecuencia relativa de tipos accidentes autoreportados, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	132
Tabla 38. Distribución porcentual de lugar de ocurrencia del accidentes autoreportados más importante, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	133
Tabla 39. Distribución porcentual del reporte de accidentes, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.	133

APÉNDICE A -¿Quiénes son? ¿Qué hacen? Perfiles sociodemográficos de los profesionales de la salud de hospitales del Gran Buenos Aires.

Tabla 1. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

	Intervalo de confianza del 95%		
	Estimación	Inferior	Superior
Médicos	49,7%	44,6%	54,8%
Otros profesionales de salud	42,8%	37,6%	48,2%
NS/NC	7,4%	5,3%	10,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/No contesta

Tabla 2. Distribución porcentual de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires, según ocupación. Argentina, 2010-2012.

	Intervalo de confianza del 95%		
	Estimación	Inferior	Superior
Médico/a	49,7%	44,6%	54,8%
Bioquímico/a	6,5%	4,6%	9,1%
Licenciada/o enfermería	12,5%	9,3%	16,5%
Trabajador/a y/o Asistente Social	2,1%	1,1%	4,2%
Psicólogo/a	1,7%	0,9%	3,2%
Odontólogo/a	1,6%	0,8%	3,2%
Kinesiólogo/a	2,2%	1,2%	3,9%
Otras profesiones	16,2%	.	.
NS/NC	7,4%	5,3%	10,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

NS/NC = No sabe/No contesta

Tabla 3. Distribución porcentual por grupos de edad de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Grupos de edad			Médicos	Otros profesionales de salud	NS/NC	Total de profesionales
Menor de 35 años	Estimación		3,40%	6,82%	-	4,61%
	IC 95%	Inferior	1,70%	3,95%	-	3,03%
		Superior	6,68%	11,53%	-	6,95%
35 a 44 años	Estimación		19,22%	26,19%	8,35%	21,39%
	IC 95%	Inferior	14,49%	21,01%	2,63%	18,08%
		Superior	25,03%	32,12%	23,55%	25,13%
45 a 54 años	Estimación		37,17%	42,04%	40,82%	39,53%
	IC 95%	Inferior	31,57%	35,92%	24,02%	35,18%
		Superior	43,13%	48,41%	60,07%	44,05%
Más de 55 años	Estimación		40,22%	24,96%	50,83%	34,47%
	IC 95%	Inferior	33,87%	19,35%	33,12%	30,08%
		Superior	46,91%	31,55%	68,33%	39,14%
Total	Estimación		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

NS/NC = No sabe/No contesta

- Resultado sin significancia estadística

Tabla 4. Distribución porcentual por sexo de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Sexo			Médicos	Otros profesionales de salud	Total de profesionales
Varón	Estimación		50,4%	21,5%	37,4%
	IC 95%	Inferior	42,6%	16,2%	33,1%
		Superior	58,2%	27,9%	41,9%
Mujer	Estimación		49,6%	78,5%	62,6%
	IC 95%	Inferior	41,8%	72,1%	58,1%
		Superior	57,4%	83,8%	66,9%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

Tabla 5. Distribución porcentual del aporte a la economía del hogar en médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿Usted es el que aporta el principal ingreso en su hogar?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Sí	Estimación		81,2%	67,0%	73,8%
	IC 95%	Inferior	75,3%	59,8%	68,9%
		Superior	85,9%	73,5%	78,2%
	CV		,030	,047	,029
No, apporto pero no es el ingreso principal del hogar	Estimación		17,1%	31,5%	24,0%
	IC 95%	Inferior	12,8%	25,2%	20,0%
		Superior	22,4%	38,7%	28,4%
	CV		,129	,099	,080
NS/NC	Estimación		1,7%	1,5%	2,2%
	IC 95%	Inferior	0,6%	0,5%	1,2%
		Superior	5,2%	4,1%	4,0%
	CV		,510	,481	,273
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 6. Distribución porcentual del salario mensual del hogar de los médicos y de otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Ingreso mensual total del hogar incluidos todos los miembros			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Hasta \$4.000	Estimación		1,1%	15,8%	7,3%
	IC 95%	Inferior	0,3%	11,2%	5,2%
		Superior	3,5%	21,8%	10,2%
	CV		,536	,154	,154
\$4.001 a \$10.000	Estimación		29,5%	49,3%	38,3%
	IC 95%	Inferior	24,1%	43,2%	33,8%
		Superior	35,4%	55,3%	43,0%
	CV		,088	,057	,056
\$10.001 a \$20.000	Estimación		46,9%	23,5%	35,9%
	IC 95%	Inferior	40,9%	18,5%	31,6%
		Superior	53,0%	29,3%	40,4%
	CV		,059	,105	,056

Tabla 6. Continuación

	Estimación		13,2%	4,8%	9,1%
Más de \$20.000	IC 95%	Inferior	9,2%	2,6%	6,7%
		Superior	18,4%	8,7%	12,3%
	CV		,158	,276	,137
	Estimación		9,4%	6,7%	9,4%
NS/NC	IC 95%	Inferior	6,5%	4,1%	7,2%
		Superior	13,3%	10,8%	12,2%
	CV		,163	,225	,122
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

NS/NC = No sabe/No contesta

Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

Tabla 7. Distribución porcentual del salario mensual percibido en el hospital por los médicos y otros profesionales de salud, en los establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿En cuál de estos tramos se ubica el salario total mensual por su trabajo en este Hospital?			Médicos	Otros profesionales de salud	NS/NC	Total
	Estimación		18,8%	56,1%	18,2%	34,7%
\$4500 o menos	IC 95%	Inferior	13,8%	48,4%	8,9%	29,6%
		Superior	25,1%	63,5%	33,8%	40,2%
	CV		,138	,063	,310	,070
	Estimación		57,5%	33,7%	42,3%	46,2%
\$4501 a \$7000	IC 95%	Inferior	49,4%	27,5%	28,0%	41,0%
		Superior	65,3%	40,5%	57,9%	51,5%
	CV		,064	,089	,167	,052
	Estimación		21,8%	8,0%	19,7%	15,7%
\$7001 o más	IC 95%	Inferior	15,0%	5,0%	9,2%	11,5%
		Superior	30,6%	12,7%	37,1%	21,1%
	CV		,164	,217	,324	,140
	Estimación		1,9%	2,2%	19,8%	3,3%
NS/NC	IC 95%	Inferior	0,7%	0,9%	9,3%	2,1%
		Superior	4,6%	5,1%	37,5%	5,4%
	CV		,418	,396	,325	,222
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Nota: Valores expresados en pesos argentinos.

APENDICE B - Procesos de trabajo en el hospital público

Tabla 8. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la identificación con las necesidades de los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

En general, identifiqué adecuadamente las necesidades de los pacientes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		93,9%	88,0%	90,4%
	IC 95%	Inferior	90,1%	83,1%	87,3%
		Superior	96,3%	91,6%	92,9%
	CV		,015	,022	,014
En desacuerdo	Estimación		3,1%	4,6%	3,5%
NS/NC	Estimación		3,0%	7,4%	6,1%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 9. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a considerar las necesidades de los usuarios en sus decisiones y/o actitudes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Tiendo a considerar las necesidades de los pacientes en mis decisiones y/o actitudes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		91,2%	87,3%	88,6%
	IC 95%	Inferior	87,4%	82,3%	85,7%
		Superior	94,0%	91,0%	91,0%
	CV		,016	,023	,014
En desacuerdo	Estimación		5,1%	4,7%	4,7%
NS/NC	Estimación		3,6%	8,0%	6,7%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 10. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a si les preocupa la opinión de los usuarios sobre sus decisiones y/o actitudes en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Me preocupa la opinión de los pacientes sobre mis decisiones y/o actitudes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		78,8%	70,2%	73,9%
	IC 95%	Inferior	73,4%	63,7%	69,8%
		Superior	83,4%	76,1%	77,6%
	CV		,029	,041	,024
En desacuerdo	Estimación		17,6%	21,3%	19,3%
NS/NC	Estimación		3,6%	8,5%	6,8%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 11. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la facilidad para percibir cuando los usuarios no están conformes con sus opiniones y/o actitudes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Puedo percibir fácilmente cuando los pacientes no están conformes con mis decisiones y/o actitudes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		90,8%	84,3%	86,8%
	IC 95%	Inferior	86,8%	78,7%	83,7%
		Superior	93,7%	88,6%	89,4%
	CV		,017	,027	,015
En desacuerdo	Estimación		4,5%	7,2%	5,8%
NS/NC	Estimación		4,7%	8,6%	7,4%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 12. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto al sentimiento de vulnerabilidad ante los usuarios en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Me siento vulnerable al cuestionamiento de los pacientes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		34,0%	33,5%	34,3%
	IC 95%	Inferior	28,0%	26,3%	29,7%
		Superior	40,5%	41,6%	39,3%
	CV		,084	,106	,064
En desacuerdo	Estimación		62,4%	57,5%	58,6%
NS/NC	Estimación		3,7%	9,0%	7,1%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 13. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la incertidumbre en el primer contacto con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Me genera mucha incertidumbre el primer contacto con los pacientes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		16,0%	17,7%	17,0%
	IC 95%	Inferior	11,9%	13,1%	13,8%
		Superior	21,2%	23,5%	20,7%
	CV		,134	,134	,093
En desacuerdo	Estimación		80,4%	74,1%	76,1%
NS/NC	Estimación		3,6%	8,2%	7,0%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 14. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a si les resulta difícil que los usuarios aprueben sus decisiones y/o actitudes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Siento que es muy difícil conseguir que los pacientes acaben por aprobar mis decisiones y/o actitudes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Estimación			12,5%	15,4%	13,8%
De acuerdo	IC 95%	Inferior	8,8%	11,0%	11,0%
		Superior	17,4%	21,2%	17,3%
	CV		,158	,152	,103
En desacuerdo	Estimación		83,5%	76,4%	78,8%
NS/NC	Estimación		4,0%	8,2%	7,3%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 15. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a que los usuarios les hagan sentir que no son buenos para el trabajo, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Hay pacientes que te hacen sentir que no sos lo suficientemente bueno/a en tu trabajo			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Estimación			31,2%	24,1%	27,2%
De acuerdo	IC 95%	Inferior	25,9%	18,6%	23,4%
		Superior	37,0%	30,6%	31,3%
	CV		,082	,115	,066
En desacuerdo	Estimación		65,2%	67,7%	65,9%
NS/NC	Estimación		3,6%	8,2%	7,0%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 16. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a si les resulta sencillo comunicarse con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Me resulta sencillo comunicarme con los pacientes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		87,9%	88,9%	87,7%
	IC 95%	Inferior	83,6%	83,9%	84,5%
		Superior	91,2%	92,5%	90,3%
	CV		,020	,022	,015
En desacuerdo	Estimación		8,5%	4,8%	6,4%
NS/NC	Estimación		3,6%	6,3%	6,0%
	CV		,298	,222	,172
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 17. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto al tiempo para tener un buen diálogo con los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Dispongo de tiempo suficiente para tener un buen diálogo con los pacientes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		43,2%	46,5%	45,3%
	IC 95%	Inferior	36,7%	39,2%	40,5%
		Superior	50,0%	54,1%	50,2%
	CV		,071	,074	,049
En desacuerdo	Estimación		51,6%	44,4%	47,2%
NS/NC	Estimación		5,2%	9,1%	7,5%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 18. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la generación de retrasos por escuchar a los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Escuchar a los pacientes y/o familiares me genera retrasos o sobrecarga de trabajo			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		51,0%	42,4%	46,6%
	IC 95%	Inferior	44,0%	35,7%	41,9%
		Superior	58,0%	49,4%	51,3%
	CV		,063	,075	,046
En desacuerdo	Estimación		43,3%	49,3%	46,0%
NS/NC	Estimación		5,7%	8,3%	7,4%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 19. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a evitar escuchar los problemas personales de los usuarios, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Evito escuchar a los pacientes y/o familiares cuando me cuentan sus problemas personales.			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		18,9%	17,2%	18,0%
	IC 95%	Inferior	13,9%	12,4%	14,8%
		Superior	25,1%	23,3%	21,8%
	CV		,136	,146	,089
En desacuerdo	Estimación		75,0%	73,1%	73,8%
NS/NC	Estimación		6,1%	9,7%	8,2%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 20. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la existencia barreras culturales en la comunicación con los pacientes, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Hay barreras culturales que impiden una buena comunicación con los pacientes			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		47,1%	42,1%	45,2%
	IC 95%	Inferior	41,1%	35,3%	41,1%
		Superior	53,2%	49,3%	49,3%
	CV		,059	,077	,042
En desacuerdo	Estimación		47,1%	48,1%	46,8%
NS/NC	Estimación		5,7%	9,8%	8,0%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 21. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto a la importancia otorgada lo que piensan los pacientes sobre ellos, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

No me importa lo que mis pacientes piensen de mí, no tengo obligación de ser siempre simpático/a			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		28,8%	22,3%	26,7%
	IC 95%	Inferior	23,2%	15,4%	22,0%
		Superior	35,2%	31,2%	31,9%
	CV		,096	,163	,085
En desacuerdo	Estimación		66,1%	70,0%	66,5%
NS/NC	Estimación		5,1%	7,7%	6,9%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 22. Distribución porcentual del grado de acuerdo en médicos y otros profesionales de salud, respecto la implicación con los usuarios, las tareas y la profesión, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Cada vez me implico menos con los pacientes, las tareas y la profesión en general			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		23,7%	15,5%	20,1%
	IC 95%	Inferior	18,0%	10,5%	16,0%
		Superior	30,5%	22,3%	24,9%
	CV		,122	,173	,101
En desacuerdo	Estimación		72,2%	77,4%	73,8%
NS/NC	Estimación		4,1%	7,0%	6,1%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

En esta profesión es mejor no implicarse demasiado con nada ni con nadie.			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
De acuerdo	Estimación		19,8%	19,8%	19,1%
	IC 95%	Inferior	14,6%	14,0%	15,5%
		Superior	26,2%	27,1%	23,3%
	CV		,133	,152	,093
En desacuerdo	Estimación		76,0%	72,9%	74,6%
NS/NC	Estimación		4,3%	7,4%	6,3%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 23. Distribución porcentual del número de horas trabajadas en la semana, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Horas			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Hasta 35	Estimación		36,9%	34,1%	36,0%
	IC 95%	Inferior	30,7%	27,7%	31,8%
		Superior	43,6%	41,1%	40,5%
	CV		,081	,091	,055
Entre 36 y 40	Estimación		33,5%	34,3%	33,6%
	IC 95%	Inferior	27,9%	28,4%	29,6%
		Superior	39,7%	40,7%	37,8%
	CV		,081	,083	,056
Entre 41 y 48	Estimación		6,4%	7,1%	6,7%
	IC 95%	Inferior	4,0%	4,1%	4,7%
		Superior	10,3%	11,9%	9,4%
	CV		,220	,245	,157

Tabla 23. Continuación

Más de 48	Estimación		12,5%	15,6%	13,8%
	IC 95%	Inferior	8,9%	10,8%	10,7%
		Superior	17,2%	22,0%	17,6%
	CV		,151	,164	,113
NS/NC	Estimación		6,5%	4,7%	5,6%
Incoherente	Estimación		4,1%	4,2%	4,3%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 24. Distribución porcentual del número de días de descanso semanal en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿Cuántos días de descanso tiene usted en la semana?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Ninguno	Estimación		1,5%	0,4%	1,4%
	IC 95%	Inferior	0,5%	0,0%	0,6%
		Superior	4,4%	3,8%	3,4%
	CV		,502	1,004	,408
Menos de 2 días	Estimación		27,9%	20,8%	24,4%
	IC 95%	Inferior	22,8%	15,8%	21,0%
		Superior	33,7%	26,8%	28,2%
	CV		,090	,121	,069
2 días	Estimación		54,8%	64,5%	59,6%
	IC 95%	Inferior	48,7%	56,9%	55,1%
		Superior	60,8%	71,5%	63,9%
	CV		,051	,052	,034
Más de 2 días	Estimación		6,4%	5,0%	5,5%
	IC 95%	Inferior	3,4%	2,8%	3,7%
		Superior	11,6%	8,8%	8,1%
	CV		,282	,259	,182
NS/NC	Estimación		5,4%	5,0%	4,8%
Incoherente	Estimación		4,1%	4,2%	4,3%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 25. Distribución porcentual de la frecuencia con que ha tenido que llevarse trabajo a casa en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Ha tenido que llevarse trabajo a casa			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Cada día o casi cada día	Estimación		6,7%	4,2%	5,3%
	IC 95%	Inferior	3,7%	2,1%	3,6%
		Superior	11,6%	8,2%	7,8%
	CV		,259	,312	,178
Uno o dos días por semana	Estimación		17,9%	11,0%	14,4%
	IC 95%	Inferior	13,3%	6,6%	11,0%
		Superior	23,7%	17,6%	18,8%
	CV		,133	,225	,124
Al menos una vez al mes	Estimación		21,9%	19,3%	20,0%
	IC 95%	Inferior	17,3%	14,7%	16,9%
		Superior	27,3%	24,9%	23,5%
	CV		,105	,121	,076
Nunca	Estimación		50,5%	59,0%	54,5%
	IC 95%	Inferior	44,2%	52,0%	49,7%
		Superior	56,8%	65,7%	59,3%
	CV		,058	,054	,041
NS/NC	Estimación		3,0%	6,5%	5,7%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 26. Distribución porcentual de la frecuencia en que ha tenido que prolongar su jornada laboral en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Ha tenido que prolongar su jornada de trabajo			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Cada día o casi cada día	Estimación		8,2%	7,7%	7,9%
	IC 95%	Inferior	5,5%	4,7%	5,7%
		Superior	12,0%	12,2%	10,7%
	CV		,181	,221	,145
Uno o dos días por semana	Estimación		30,6%	21,8%	25,8%
	IC 95%	Inferior	24,9%	16,4%	21,8%
		Superior	36,9%	28,4%	30,1%
	CV		,090	,126	,074

Tabla 26. Continuación

	Estimación		25,8%	26,6%	26,1%
Al menos una vez al mes	IC 95%	Inferior	20,3%	21,3%	22,3%
		Superior	32,1%	32,6%	30,4%
	CV		,105	,098	,070
	Estimación		33,5%	38,5%	35,2%
Nunca	IC 95%	Inferior	27,1%	30,2%	29,6%
		Superior	40,6%	47,5%	41,1%
	CV		,093	,104	,075
NS/NC	Estimación		1,9%	5,5%	5,1%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 27. Frecuencia relativa de las exposiciones a condiciones y elementos nocivos de médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
	Estimación		44,2%	50,5%	45,7%
Estoy expuesto/a a vibraciones por herramientas manuales, maquinaria, etc.	IC 95%	Inferior	38,1%	43,1%	40,9%
		Superior	50,5%	57,8%	50,7%
	CV		,065	,068	,049
	Estimación		50,6%	49,2%	49,2%
Estoy expuesto/a a ruido tan alto que tengo que elevar la voz para conversar con otra persona	IC 95%	Inferior	43,9%	43,0%	44,6%
		Superior	57,2%	55,4%	53,8%
	CV		,061	,059	,043
	Estimación		67,0%	60,0%	62,4%
Estoy expuesto/a a altas temperaturas que hace que transpire incluso en una pausa en su trabajo	IC 95%	Inferior	59,9%	51,5%	56,9%
		Superior	73,3%	68,0%	67,7%
	CV		,046	,063	,040
	Estimación		56,3%	44,3%	49,7%
Estoy expuesto/a a bajas temperaturas, tanto en ambientes cerrados como abiertos	IC 95%	Inferior	49,5%	35,4%	43,8%
		Superior	62,9%	53,5%	55,7%
	CV		,055	,095	,055

Tabla 27. Continuación

Estoy expuesto/a a falta de luz natural o artificial que dificulta realizar bien mi trabajo	Estimación		46,9%	37,1%	41,3%
	IC 95%	Inferior	40,2%	29,8%	35,9%
		Superior	53,8%	45,0%	47,0%
	CV		,067	,094	,062
Estoy expuesto/a a radiaciones de microondas, luz infrarroja, ultravioleta, rayo láser, campos magnéticos y ultrasonido.	Estimación		35,3%	31,3%	33,5%
	IC 95%	Inferior	29,7%	24,1%	29,4%
		Superior	41,4%	39,4%	37,9%
	CV		,076	,113	,058
Estoy expuesto/a a radiaciones como rayos X, rayos gamma, partículas alfa y beta, radioactividad.	Estimación		41,7%	26,5%	34,8%
	IC 95%	Inferior	35,7%	20,7%	30,6%
		Superior	48,0%	33,1%	39,3%
	CV		,068	,108	,058
Respiro vapores como los de solventes, diluyentes, de metales o de ácidos.	Estimación		20,0%	27,9%	23,1%
	IC 95%	Inferior	15,2%	21,7%	19,1%
		Superior	25,9%	35,2%	27,7%
	CV		,123	,111	,085
Manipulo o estoy en contacto con productos o sustancias químicas como solventes, cloro, etc.	Estimación		25,3%	34,5%	28,7%
	IC 95%	Inferior	19,4%	27,2%	24,5%
		Superior	32,3%	42,6%	33,3%
	CV		,117	,103	,070
Manipulo o estoy en contacto con gases anestésicos (óxido de nitrano, enfluoreno, halotano, isofluorano).	Estimación		29,6%	10,0%	20,8%
	IC 95%	Inferior	23,5%	6,4%	16,9%
		Superior	36,6%	15,3%	25,3%
	CV		,102	,201	,092
Productos quimioterapéuticos (drogas antineoplásticas, citotásticos, antibacteriales)	Estimación		21,6%	9,4%	15,4%
	IC 95%	Inferior	17,2%	6,4%	12,5%
		Superior	26,8%	13,8%	18,7%
	CV		,102	,178	,092

Tabla 27. Continuación

	Estimación		51,4%	49,2%	48,7%
Manipulo o estoy en contacto con productos de limpieza (yodo, cloro, desinfectantes)	IC 95%	Inferior	45,6%	41,3%	44,1%
		Superior	57,1%	57,2%	53,5%
	CV		,052	,075	,044
Manipulo o estoy en contacto con productos esterilizantes (óxido de etileno, gluturaldehído)	Estimación		22,0%	14,8%	18,1%
	IC 95%	Inferior	16,5%	10,7%	14,5%
		Superior	28,8%	20,0%	22,2%
	CV		,128	,143	,097
Manipulo o estoy en contacto con insecticidas	Estimación		14,2%	15,5%	14,1%
	IC 95%	Inferior	10,1%	11,1%	11,1%
		Superior	19,6%	21,2%	17,8%
	CV		,152	,148	,109
Manipulo o estoy en contacto con jabones y detergentes	Estimación		68,2%	60,8%	63,8%
	IC 95%	Inferior	62,3%	52,9%	58,8%
		Superior	73,6%	68,1%	68,6%
	CV		,038	,058	,035
Manipulo o estoy en contacto con solventes (alcohol, acetona)	Estimación		64,2%	65,3%	62,8%
	IC 95%	Inferior	58,4%	57,8%	58,4%
		Superior	69,6%	72,1%	67,0%
	CV		,040	,051	,031
Manipulo o estoy en contacto con látex	Estimación		75,5%	66,2%	69,6%
	IC 95%	Inferior	70,0%	58,6%	65,4%
		Superior	80,3%	73,0%	73,5%
	CV		,031	,050	,027
Manipulo o estoy en contacto con materiales que podrían estar infectados (basura, fluidos corporales, material de laboratorio)	Estimación		79,9%	67,5%	72,3%
	IC 95%	Inferior	74,3%	59,8%	68,2%
		Superior	84,5%	74,4%	76,0%
	CV		,029	,050	,025

Tabla 27. Continuación

Realizo trabajos en los que tengo que alcanzar herramientas, elementos u objetos situados muy alto o muy bajos	Estimación		31,7%	37,7%	33,7%
	IC 95%	Inferior	26,0%	30,7%	29,4%
		Superior	38,0%	45,2%	38,4%
	CV		,087	,088	,062
Realizo trabajos que me obligan a mantener posturas incómodas	Estimación		69,8%	68,1%	68,1%
	IC 95%	Inferior	62,6%	60,1%	63,4%
		Superior	76,2%	75,2%	72,4%
	CV		,045	,051	,030
Levanto, traslado o arrastro cargas, personas u otros objetos pesados	Estimación		48,8%	54,7%	50,3%
	IC 95%	Inferior	40,9%	47,4%	45,3%
		Superior	56,7%	61,7%	55,4%
	CV		,075	,061	,046
Realizo movimientos repetitivos en cortos períodos de tiempo	Estimación		47,7%	59,8%	53,0%
	IC 95%	Inferior	41,1%	51,1%	47,9%
		Superior	54,5%	67,9%	58,0%
	CV		,065	,065	,044
Realizo movimientos forzados	Estimación		47,3%	51,9%	49,0%
	IC 95%	Inferior	41,1%	44,4%	44,2%
		Superior	53,6%	59,3%	53,7%
	CV		,061	,066	,045
Debo esforzar la voz	Estimación		55,1%	53,7%	54,0%
	IC 95%	Inferior	48,6%	47,0%	49,5%
		Superior	61,3%	60,2%	58,5%
	CV		,053	,057	,038
Debo mantener la vista fija y concentrada	Estimación		81,9%	75,6%	78,0%
	IC 95%	Inferior	76,3%	68,7%	73,8%
		Superior	86,4%	81,4%	81,7%
	CV		,028	,039	,023

Tabla 27. Continuación

	Estimación		86,6%	76,5%	80,7%
Trabajo sentado/a	IC 95%	Inferior	81,7%	68,1%	75,8%
		Superior	90,3%	83,2%	84,8%
	Estimación		88,2%	85,0%	85,9%
Trabajo de pie	IC 95%	Inferior	82,7%	78,6%	82,4%
		Superior	92,1%	89,8%	88,8%
	CV		,024	,030	,017
	Estimación		49,0%	48,8%	48,1%
Estoy expuesto/a fuentes o instalaciones eléctricas	IC 95%	Inferior	42,9%	42,1%	43,7%
		Superior	55,2%	55,7%	52,4%
	CV		,058	,064	,042
	Estimación		4,1%	6,7%	5,2%
Estoy expuestos/a a amianto	IC 95%	Inferior	2,2%	4,1%	3,6%
		Superior	7,7%	10,9%	7,5%
	CV		,289	,227	,170
	Estimación		91,1%	68,3%	79,1%
Manipulo o estoy en contacto con agujas	IC 95%	Inferior	86,7%	60,4%	74,3%
		Superior	94,2%	75,3%	83,2%
	CV		,019	,051	,026

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 28. Frecuencia relativa de la percepción de riesgos de accidentes de trabajo en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿Cuáles son los principales riesgos de accidente que existen en su puesto de trabajo?		Médicos	Otros profesionales de salud	Total
	Estimación	3,4%	7,5%	5,2%
Caídas de personas desde altura	IC 95%	Inferior	1,8%	4,3%
		Superior	6,4%	12,9%
	CV			
		,289	,251	,197

Tabla 28. Continuación.

	Estimación		12,6%	27,7%	19,0%
Caídas de personas	IC 95%	Inferior	8,5%	21,3%	15,2%
		Superior	18,2%	35,1%	23,5%
	CV		,175	,116	,101
Desplomes o derrumbamientos	Estimación		1,5%	3,3%	2,2%
	IC 95%	Inferior	0,5%	1,5%	1,2%
		Superior	4,4%	7,0%	4,2%
	CV		,502	,352	,295
Cortes y pinchazos	Estimación		84,0%	68,9%	75,0%
	IC 95%	Inferior	79,2%	61,1%	70,6%
		Superior	87,9%	75,8%	79,0%
	CV		,024	,049	,026
Golpes	Estimación		21,8%	35,3%	27,1%
	IC 95%	Inferior	16,3%	28,8%	22,8%
		Superior	28,6%	42,5%	31,9%
	CV		,130	,090	,077
Accidentes de tráfico durante la jornada de trabajo	Estimación		10,7%	7,9%	9,2%
	IC 95%	Inferior	7,4%	5,0%	7,0%
		Superior	15,3%	12,3%	12,0%
	CV		,168	,207	,124
Atropellos, vuelcos o golpes con vehículos en el centro de trabajo	Estimación		1,2%	1,1%	1,1%
	IC 95%	Inferior	0,4%	0,3%	0,5%
		Superior	4,3%	4,4%	2,4%
	CV		,569	,625	,361
Proyección de fragmentos o partículas	Estimación		5,0%	14,5%	9,6%
	IC 95%	Inferior	2,9%	10,1%	7,3%
		Superior	8,7%	20,3%	12,4%
	CV		,254	,160	,121
Atrapamiento por máquinas de manos, brazos etc.	Estimación		-	3,6%	1,5%
	IC 95%	Inferior	-	1,7%	0,7%
		Superior	-	7,5%	3,3%

Tabla 28. Continuación.

	Estimación		10,2%	15,4%	13,0%
Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas pesadas	IC 95%	Inferior	6,9%	10,8%	10,1%
		Superior	14,8%	21,7%	16,6%
	CV		,174	,161	,115
Quemaduras	IC 95%	Inferior	7,3%	9,2%	7,9%
		Superior	4,5%	5,5%	5,7%
	CV		11,6%	14,9%	10,9%
Contactos eléctricos	IC 95%	Inferior	,219	,228	,149
		Superior	11,4%	15,1%	13,2%
	CV		7,5%	10,9%	10,3%
Exposición a radiaciones	IC 95%	Inferior	16,9%	20,7%	16,7%
		Superior	,186	,148	,111
	CV		24,8%	20,3%	22,6%
Explosiones	IC 95%	Inferior	20,0%	15,4%	18,9%
		Superior	30,3%	26,3%	26,8%
	CV		,095	,123	,080
Incendios	IC 95%	Inferior	1,5%	4,0%	2,5%
		Superior	0,6%	1,8%	1,4%
	CV		4,0%	8,5%	4,3%
Atraco, agresiones físicas u otros actos violentos	IC 95%	Inferior	,452	,356	,263
		Superior	3,1%	4,6%	3,5%
	CV		1,3%	2,1%	1,9%
	IC 95%	Inferior	6,9%	10,0%	6,4%
		Superior	,375	,362	,283
	CV		42,6%	33,2%	37,6%
	IC 95%	Inferior	35,5%	27,0%	33,1%
		Superior	50,1%	40,2%	42,3%
	CV		,079	,091	,056

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

APENDICE C –Pluriempleo

Tabla 29. Distribución porcentual de la cantidad de empleos en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Además de este empleo en el Hospital ¿Usted tiene otro trabajo remunerado?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Sí	Estimación		83,0%	52,5%	67,3%
	IC 95%	Inferior	77,2%	44,0%	62,6%
		Superior	87,5%	60,8%	71,7%
	CV		,028	,074	,031
No	Estimación		12,3%	38,7%	24,2%
	IC 95%	Inferior	8,8%	31,4%	20,2%
		Superior	16,9%	46,5%	28,8%
	CV		,150	,090	,082
NS/NC	Estimación		4,7%	8,8%	8,5%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 30. Frecuencia relativa de los motivos de pluriempleo en médicos y otros profesionales de salud, de establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿Por qué motivos usted ha tenido que buscar un segundo empleo?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Porque necesitaba aumentar mis ingresos económicos	Estimación		76,7%	41,7%	59,2%
	IC 95%	Inferior	70,7%	34,4%	54,7%
		Superior	81,8%	49,4%	63,7%
	CV		,033	,083	,035
Porque buscaba un cargo con mayor prestigio	Estimación		5,8%	3,5%	4,6%
	IC 95%	Inferior	3,1%	1,7%	3,0%
		Superior	10,6%	7,0%	7,0%
	CV		,279	,320	,196
Porque quiero cambiar de empleo	Estimación		0,4%	-	0,2%
	IC 95%	Inferior	0,1%	-	0,0%
		Superior	3,5%	-	1,7%
	CV		,973	-	,976
Porque buscaba mejorar mi experiencia/conocimiento	Estimación		15,2%	10,2%	11,9%
	IC 95%	Inferior	11,4%	7,0%	9,4%
		Superior	20,1%	14,7%	15,1%
	CV		,131	,172	,110

Tabla 30. Continuación.

	Estimación		10,8%	5,4%	7,9%
Porque son mejores condiciones de trabajo	IC 95%	Inferior	7,3%	2,8%	5,7%
		Superior	15,5%	10,1%	11,0%
	CV		,172	,297	,150
	Estimación		3,7%	5,3%	4,2%
Por perspectiva de ascenso laboral	IC 95%	Inferior	1,9%	2,8%	2,7%
		Superior	7,1%	9,8%	6,4%
	CV		,302	,285	,196
	Estimación		15,4%	11,5%	13,0%
Porque realizo tareas que me agradan más	IC 95%	Inferior	11,1%	7,4%	9,9%
		Superior	20,9%	17,3%	16,9%
	CV		,146	,195	,124
	Estimación		8,7%	6,2%	7,1%
Porque tengo garantizados los aportes jubilatorios y cargas sociales	IC 95%	Inferior	5,8%	3,6%	5,0%
		Superior	12,9%	10,5%	10,0%
	CV		,183	,249	,157

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

APÉNDICE D -Salud y enfermedad autoreferidas

Tabla 31. Distribución porcentual de la percepción de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

En general, diría que su salud es:			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Excelente	Estimación		4,7%	3,9%	4,3%
	IC 95%	Inferior	2,7%	1,8%	2,8%
		Superior	8,0%	8,3%	6,5%
	CV		,250	,352	,191
Muy buena	Estimación		33,4%	34,5%	33,4%
	IC 95%	Inferior	28,1%	28,1%	29,6%
		Superior	39,2%	41,5%	37,5%
	CV		,076	,090	,054
Buena	Estimación		48,6%	42,1%	44,3%
	IC 95%	Inferior	42,9%	35,7%	39,9%
		Superior	54,3%	48,8%	48,8%
	CV		,054	,072	,046
Regular / Mala	Estimación		9,2%	15,6%	12,4%
	IC 95%	Inferior	6,1%	11,2%	9,8%
		Superior	13,6%	21,3%	15,6%
	CV		,184	,148	,108
NS/NC	Estimación		4,1%	3,9%	5,6%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 32. Distribución porcentual de la percepción de salud comparada a la del año anterior, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Mejor	Estimación		14,0%	16,1%	14,9%
	IC 95%	Inferior	10,4%	11,5%	12,2%
		Superior	18,6%	22,1%	18,1%
	CV		,133	,150	,091
Igual	Estimación		64,6%	66,5%	64,3%
	IC 95%	Inferior	58,5%	59,0%	60,1%
		Superior	70,2%	73,3%	68,3%
	CV		,042	,050	,029

Tabla 32. Continuación.

	Estimación		16,8%	13,4%	15,0%
Peor	IC 95%	Inferior	12,9%	9,1%	12,1%
		Superior	21,6%	19,4%	18,4%
	CV		,119	,175	,097
NS/NC	Estimación		4,6%	3,9%	5,8%
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 33. Frecuencia relativa de problemas de salud en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Enfermedades Infectocontagiosas	Estimación		1,8%	3,8%	2,7%
	IC 95%	Inferior	0,8%	1,6%	1,4%
		Superior	4,3%	8,8%	4,9%
	CV		,395	,393	,286
Enfermedades oftalmológicas	Estimación		58,9%	65,8%	61,0%
	IC 95%	Inferior	52,1%	58,2%	56,3%
		Superior	65,4%	72,7%	65,5%
	CV		,052	,051	,035
Enfermedades oncológicas	Estimación		3,2%	2,9%	3,1%
	IC 95%	Inferior	1,5%	1,3%	1,8%
		Superior	6,9%	6,6%	5,3%
	CV		,351	,382	,247
Causas externas	Estimación		5,5%	7,7%	6,4%
	IC 95%	Inferior	3,4%	4,8%	4,6%
		Superior	8,9%	11,9%	8,8%
	CV		,224	,208	,148
Enfermedades respiratorias	Estimación		36,0%	43,4%	38,1%
	IC 95%	Inferior	29,5%	36,2%	33,6%
		Superior	43,1%	50,8%	42,7%
	CV		,088	,077	,055

Tabla 33. Continuación.

Enfermedades sexuales y reproductivas	Estimación		5,1%	3,9%	4,6%
	IC 95%	Inferior	3,0%	1,9%	3,2%
		Superior	8,7%	7,8%	6,8%
	CV		,248	,322	,174
Enfermedades hematológicas	Estimación		6,3%	11,0%	8,8%
	IC 95%	Inferior	3,7%	7,5%	6,7%
		Superior	10,7%	15,8%	11,5%
	CV		,247	,173	,124
Enfermedades hepatobiliares	Estimación		2,1%	14,9%	7,4%
	IC 95%	Inferior	1,0%	11,0%	5,4%
		Superior	4,5%	20,0%	10,2%
	CV		,357	,139	,145
Enfermedades del aparato urinario	Estimación		8,2%	13,6%	10,2%
	IC 95%	Inferior	5,3%	9,1%	7,7%
		Superior	12,4%	19,7%	13,5%
	CV		,198	,176	,129
Enfermedades otorrinolaringológicas	Estimación		8,3%	12,4%	9,9%
	IC 95%	Inferior	5,5%	8,4%	7,5%
		Superior	12,4%	18,1%	13,0%
	CV		,186	,177	,125
Enfermedades dermatológicas	Estimación		23,7%	31,6%	26,8%
	IC 95%	Inferior	18,3%	25,0%	22,8%
		Superior	30,0%	39,1%	31,3%
	CV		,114	,103	,073
Enfermedades neurológicas	Estimación		43,3%	44,7%	42,5%
	IC 95%	Inferior	37,4%	37,7%	38,6%
		Superior	49,4%	51,9%	46,6%
	CV		,064	,073	,044
Enfermedades endocrino-metabólicas	Estimación		3,3%	6,6%	5,1%
	IC 95%	Inferior	1,8%	4,0%	3,5%
		Superior	6,2%	10,8%	7,5%
	CV		,289	,232	,178
Enfermedades osteoartículomusculares y radicales	Estimación		83,4%	84,3%	82,6%
	IC 95%	Inferior	77,8%	79,0%	78,7%
		Superior	87,7%	88,5%	85,9%
	CV		,027	,026	,020

Tabla 33. Continuación.

Enfermedades gastrointestinales	Estimación		51,9%	53,2%	51,2%
	IC 95%	Inferior	45,4%	47,2%	47,1%
		Superior	58,3%	59,2%	55,3%
	CV		,057	,052	,037
Padecimientos mentales	Estimación		60,1%	59,5%	58,4%
	IC 95%	Inferior	53,9%	51,5%	53,3%
		Superior	66,0%	67,0%	63,3%
	CV		,047	,061	,039
Enfermedades del aparato vascular periférico	Estimación		23,1%	36,7%	29,2%
	IC 95%	Inferior	18,4%	30,3%	25,2%
		Superior	28,5%	43,6%	33,4%
	CV		,101	,083	,065
Enfermedades cardiovasculares (angina de pecho, ACV, IAM)	Estimación		8,3%	6,9%	7,4%
	IC 95%	Inferior	5,5%	4,0%	5,4%
		Superior	12,3%	11,7%	10,1%
	CV		,184	,247	,145
Hipertensión arterial	Estimación		33,0%	22,4%	27,8%
	IC 95%	Inferior	26,6%	17,1%	24,1%
		Superior	40,0%	28,8%	31,9%
	CV		,094	,119	,065

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 34. Frecuencia relativa de problemas “síntomas” o padecimientos en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Durante los últimos 12 meses ¿usted ha tenido alguno de los siguientes síntomas o problemas de salud?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Me cuesta dormir o duermo mal	Estimación		48,0%	43,0%	44,3%
	IC 95%	Inferior	41,0%	36,2%	39,5%
		Superior	55,1%	50,0%	49,1%
	CV		,068	,074	,050
Tengo sensación continua de cansancio	Estimación		59,4%	53,0%	54,7%
	IC 95%	Inferior	53,5%	46,4%	50,7%
		Superior	65,1%	59,6%	58,5%
	CV		,045	,057	,033

Tabla 34. Continuación.

	Estimación		37,2%	38,2%	35,9%
Sufro dolores de cabeza	IC 95%	Inferior	31,5%	31,4%	32,0%
		Superior	43,4%	45,5%	39,9%
	CV		,074	,085	,051
	Estimación		12,6%	12,2%	11,7%
Sufro mareos	IC 95%	Inferior	8,9%	8,2%	9,0%
		Superior	17,5%	17,8%	15,0%
	CV		,157	,178	,117
	Estimación		30,0%	27,6%	27,7%
Me cuesta concentrarme, mantener la atención	IC 95%	Inferior	24,7%	22,0%	23,7%
		Superior	36,1%	34,1%	32,2%
	CV		,087	,101	,070
	Estimación		38,8%	39,6%	38,2%
Me cuesta acordarme de las cosas u olvido las cosas con fa	IC 95%	Inferior	32,5%	32,8%	34,2%
		Superior	45,6%	46,9%	42,4%
	CV		,078	,082	,049
	Estimación		49,6%	40,1%	44,1%
Me noto tenso/a, irritable	IC 95%	Inferior	43,8%	33,7%	40,1%
		Superior	55,4%	46,9%	48,2%
	CV		,054	,076	,042
	Estimación		34,1%	33,7%	32,8%
Sufro alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez)	IC 95%	Inferior	28,8%	28,0%	29,1%
		Superior	39,9%	39,9%	36,8%
	CV		,075	,081	,054
	Estimación		18,9%	28,4%	22,6%
Tengo problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa)	IC 95%	Inferior	14,2%	22,3%	18,7%
		Superior	24,7%	35,4%	27,0%
	CV		,127	,106	,084
	Estimación		32,2%	27,2%	28,6%
Tengo estados de ánimos bajos	IC 95%	Inferior	26,3%	21,7%	24,8%
		Superior	38,9%	33,5%	32,8%
	CV		,090	,100	,065
	Estimación		40,5%	39,7%	39,5%
Siento cansancio físico permanente	IC 95%	Inferior	34,4%	33,8%	35,3%
		Superior	46,9%	45,8%	44,0%
	CV		,071	,070	,051

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 35. Distribución porcentual de la percepción de vínculo de problemas de salud con el trabajo, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Estos problemas o enfermedades, ¿usted considera que, en alguna medida, se relacionan con su trabajo?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Sí	Estimación		38,8%	32,3%	35,4%
	IC 95%	Inferior	32,9%	26,4%	31,5%
		Superior	45,1%	38,8%	39,5%
	CV		,073	,089	,052
	Estimación		16,1%	13,8%	15,6%
No	IC 95%	Inferior	11,5%	9,0%	12,0%
		Superior	22,2%	20,6%	19,9%
	CV		,152	,190	,116
	Estimación		38,9%	43,7%	39,8%
Algunos sí	IC 95%	Inferior	32,9%	37,1%	35,5%
		Superior	45,2%	50,5%	44,2%
	CV		,073	,071	,051
	Estimación		6,2%	10,2%	9,2%
NS/NC	IC 95%	Inferior	3,7%	6,2%	6,8%
		Superior	10,0%	16,4%	12,4%
	CV		,226	,225	,136
	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 36. Distribución porcentual de accidentes autoreportados, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

En los últimos 12 meses ¿ha tenido alguna lesión o accidente en su trabajo?			Médicos	Otros profesionales de salud	NS/NC	Total
No	Estimación		90,7%	85,4%	66,1%	86,6%
	IC 95%	Inferior	86,6%	79,5%	51,2%	83,3%
		Superior	93,7%	89,8%	78,3%	89,4%
	CV		,018	,028	,096	,016
Si, uno sólo	Estimación		6,9%	8,3%	13,5%	8,0%
	IC 95%	Inferior	4,3%	4,8%	5,5%	5,8%
		Superior	10,8%	13,9%	29,2%	10,8%
	CV		,210	,247	,387	,142
Si, más de uno	Estimación		0,7%	3,3%	-	1,8%
	IC 95%	Inferior	0,2%	1,5%	-	0,9%
		Superior	2,4%	7,3%	-	3,5%
	CV		,570	,371	-	,319
NS/NC	Estimación		1,7%	3,1%	20,5%	3,7%
	IC 95%	Inferior	0,6%	1,5%	9,9%	2,3%
		Superior	4,3%	6,3%	37,5%	5,8%
	CV		,438	,335	,310	,214
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 37. Frecuencia relativa de tipos accidentes autoreportados, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿Recuerda si en los últimos 12 meses Ud. ha sufrido alguno de los siguientes accidentes?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Caídas, tropiezo, resbalón	Estimación		9,6%	14,6%	11,3%
	IC 95%	Inferior	6,2%	10,4%	8,8%
		Superior	14,5%	20,1%	14,5%
	CV		,196	,152	,115
	Estimación		7,7%	8,2%	8,0%
Cortes y/o pinchazos	IC 95%	Inferior	5,0%	5,3%	5,8%
		Superior	11,9%	12,5%	10,9%
	CV		,201	,198	,143
	Estimación		7,4%	10,9%	8,9%
	Golpes	IC 95%	Inferior	4,7%	7,3%
Superior			11,4%	16,0%	11,8%
CV		,202	,179	,133	
Estimación		0,9%	3,0%	1,8%	
Quemaduras		IC 95%	Inferior	0,3%	1,4%
	Superior		2,8%	6,4%	3,3%
	CV		,496	,351	,289
	Estimación		8,0%	10,4%	8,8%
	Sobreesfuerzos por manipulación manual de cargas pesadas	IC 95%	Inferior	5,0%	6,7%
Superior			12,5%	16,0%	12,0%
CV		,212	,201	,147	
Estimación		2,3%	2,7%	2,3%	
Accidentes de tráfico durante la jornada de trabajo		IC 95%	Inferior	1,0%	0,8%
	Superior		5,1%	8,1%	4,4%
	CV		,362	,521	,303

Fuente: Elaboración propia en base a "La salud de los trabajadores de la salud" (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 38. Distribución porcentual de lugar de ocurrencia del accidentes autoreportados más importante, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

¿En qué lugar ocurrió el accidente que usted considera más importante?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Fue en mi lugar de trabajo	Estimación		60,4%	65,7%	63,5%
	IC 95%	Inferior	47,2%	51,0%	54,3%
		Superior	72,2%	78,0%	71,9%
	CV		,097	,096	,064
Fue en el trayecto de ida o vuelta entre el trabajo y mi casa	Estimación		31,2%	18,7%	22,5%
	IC 95%	Inferior	20,2%	10,3%	15,8%
		Superior	45,0%	31,4%	31,0%
	CV		,185	,259	,156
NS/NC	Estimación		8,4%	15,6%	14,0%
	IC 95%	Inferior	3,9%	8,9%	9,5%
		Superior	17,3%	26,0%	20,2%
	CV		,346	,249	,175
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

Tabla 39. Distribución porcentual del reporte de accidentes, en médicos y otros profesionales de salud, en establecimientos generales de dependencia provincial del aglomerado Gran Buenos Aires. Argentina, 2010-2012.

Ese accidente ¿usted lo ha reportado como accidente de trabajo?			Médicos	Otros profesionales de salud	Total
Sí	Estimación		20,3%	26,0%	24,5%
	IC 95%	Inferior	11,0%	15,7%	17,3%
		Superior	34,2%	39,8%	33,6%
	CV		,262	,215	,154
No	Estimación		74,0%	58,4%	62,6%
	IC 95%	Inferior	59,9%	45,7%	53,1%
		Superior	84,4%	70,1%	71,1%
	CV		,077	,098	,067

Tabla 39. Continuación.

	Estimación		5,8%	15,6%	12,9%
NS/NC	IC 95%	Inferior	2,3%	8,9%	8,4%
		Superior	13,8%	26,0%	19,3%
	CV		,416	,249	,191
Total	Estimación		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a “La salud de los trabajadores de la salud” (Spinelli et al., 2013).

IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%

CV = Coeficiente de variación

LISTADO DE ANEXOS

Formulario de consentimiento

136

ANEXO

29 de Septiembre 3901, Ciudad de Lanús
 Responsable Proyecto: Marcelo Amable
 Contacto: eetsal.megypa@gmail.com

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
 Departamento de Salud Comunitaria
 Universidad Nacional de Lanús

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO*

**Estudio Epidemiológico Transversal Sobre Condiciones de Empleo, Trabajo
 Y Salud En Trabajadores/as De Los Hospitales Públicos En El Conurbano Bonaerense,
 2010-2011 (EETSAL).**

Se me ha informado que el propósito del presente estudio epidemiológico es obtener información relevante para determinar los problemas de salud entre los trabajadores/as de los hospitales públicos del Conurbano Bonaerense, así como la identificación de los principales factores de riesgo a los que se encuentran expuestos. He sido informado/a que los objetivos del mismo son determinar el volumen de posibles daños a la salud y explorar su relación con las condiciones de trabajo.

Se me ha informado que se ha seleccionado una muestra representativa de los trabajadores/as con extracción de los sujetos de manera aleatoria entre todos los trabajadores de los Hospitales del Conurbano. He sido notificado/a respecto a que mi colaboración es totalmente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que esto implique consecuencia alguna en mi trabajo. Se me ha informado, también, que aún después de aceptar mi participación puedo negarme a continuar o dar por terminada la misma. Asimismo, he sido informado/a que no obtendré un beneficio personal directo por participar, sino que los beneficios estarán en relación al impacto y utilización de los resultados del estudio.

Se me ha informado que mi participación en el estudio implica responder al cuestionario que recibiré de manera individual y autoadministrada. He sido informado/a que las preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas y que algunas de ellas son de carácter estrictamente personal, por lo que se garantizará el anonimato de la información, que su tratamiento será de nivel agregado y no individual, y que la confidencialidad de las respuestas será respetada, ya que las únicas personas que tendrán acceso a las respuestas serán miembros del equipo de investigación. También se me ha informado que en ningún informe o publicación de este estudio se identificará a mi persona y que recibiré las referencias necesarias para acceder a las mismas.

Se me ha informado que mi participación demandará aproximadamente una hora de mi tiempo para completar el cuestionario, el cual deberé entregar a sobre cerrado a la encuestadora en fecha y lugar a acordar con la misma. Es de mi conocimiento que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en otro momento, a fin de recoger el cuestionario recibido.

Por la presente doy mi conformidad para participar en el Estudio EETSAL, correspondiente al proyecto de Investigación de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud de la Universidad Nacional de Lanús.

Encuestado/a

Firma:

Aclaración:

Lugar y fecha.....

Encuestadora

Firma:

Aclaración:

* Elaborado según lo estipulado en la Ley 11.044 Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Prov. de Buenos Aires, 1990 (art. 4 e., 5 y 9); y las recomendaciones de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO, 2005 (art. 6 y 9); y la International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 2009.