

## Estado de la salud autopercebida y entornos laborales del personal de salud. Argentina

Self-perceived health status and work environment of health personnel.

Argentina

### Mónica Eulalia Molina

Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” – ANLIS “Carlos g. Malbrán”, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. monicamolina@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-6552-2438>

### Marcelo Daniel Córdoba

Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” –ANLIS “Carlos g. Malbrán”, Argentina. mcordoba@anlis.gob.ar  
<https://orcid.org/0000-0002-0879-0014>

### María Mercedes Hoffmann

Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” – ANLIS “Carlos g. Malbrán”, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. mhoffmann@anlis.gob.ar  
<https://orcid.org/0000-0001-7181-7470>

### Silvina Noemí Lavayén

Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” – ANLIS “Carlos g. Malbrán”, Argentina. slavayen@anlis.gob.ar  
<https://orcid.org/0000-0001-6455-9362>

### Patricia Viviana Miller

Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” – ANLIS “Carlos g. Malbrán”, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. pmiller@anlis.gob.ar  
<https://orcid.org/0000-0002-9805-5979>

Recepción: 1 de junio de 2020

Aprobación: 1 de diciembre de 2021

Publicación: 1 de abril de 2022

**Cita sugerida:** Molina, M. E., Córdoba, M. D., Hoffmann, M. M., Lavayén, S. N. y Miller, P. V. (2022). Estado de salud autopercebida y entornos laborales del personal de salud. Argentina. *Revista de estudios regionales y mercado de trabajo*, 15, e011. Recuperado de: <https://www.rer.fahce.unlp.edu.ar/article/view/rermt15e011>

**Resumen:** El objetivo del trabajo fue conocer el estado de salud autopercebida del personal de Salud Pública Argentina, mediante el Cuestionario General Health Questionnaire y grupos focales con participantes de las instancias presenciales de cursos del Instituto Nacional de Epidemiología “Juan H. Jara” (2016). Se observó un 80% de autopercepción de problemas de salud de tipo “Crónico” y una mayor tendencia a sufrir problemáticas del tipo “Agudo” en adultos jóvenes. El trabajo da cuenta de un “No Lugar” de la salud laboral en las organizaciones de salud. Surge la propuesta de promover dispositivos formales de atención y cuidado del personal.

**Palabras clave:** Salud autopercebida, Salud pública, Entorno laboral, Personal de salud

**Abstract:** The aim of this investigation has been to know the self-perceived health status of the Argentine public health personnel, through the General Health Questionnaire and focus groups with participants of courses of the Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara" during 2016. An 80% self-perception of "Chronic" health problems and a greater tendency to suffer "Acute" problems were observed in young adults. The work accounts for a “No Place” of occupational health in health organizations. The proposal arises to promote formal devices for personal care and attention.

**Keywords:** Self-perceived health, Public health, Work environment, Health personnel



## Introducción

El presente estudio surgió en el marco de las actividades del “Proyecto de Promoción de la Salud del Personal de Salud” del INE “Dr. Juan H. Jara” cuyo objetivo ha sido promover conductas laborales saludables con especial énfasis en el área psicosocial, a partir del empoderamiento y reconocimiento de aptitudes y potencialidades. Las actividades del proyecto incluyeron el desarrollo de diversos talleres, de cuya evaluación se lograron identificar al menos dos grandes áreas conflictivas fuentes de malestar, unas asociadas a las prácticas laborales y otras a los entornos de trabajo, tanto físico como vincular, que fueron antecedente para esta investigación. Una primera comunicación de este trabajo se realizó en 2018 mediante un póster en el VIII Congreso Marplatense De Psicología. "Salud Mental Y Grupos Vulnerabilizados".

La relación entre el ámbito laboral y las condiciones de salud de los trabajadores es un tema largamente estudiado (Spinelli, Trotta, Guevel y otros, 2013). Esta relación toma una relevancia mayor cuando esos ámbitos pertenecen a la esfera de los organismos abocados a áreas de servicios de salud y cuando los trabajadores son prestadores de dicho servicio. El lugar de trabajo proporciona numerosas oportunidades para llevar a cabo intervenciones de salud pública.

Un estudio de comparación de la salud de los trabajadores de la salud de cuatro países latinoamericanos, muestra que el país donde se da la percepción más negativa de salud laboral es Argentina. Entre los problemas detectados se encuentran las limitaciones de espacio, falta de herramientas, diseño ergonómico deficiente y mayor intensidad de trabajo, sobre todo por ausencia del personal. (Novick, 2012). Las investigaciones también ponen de relieve la preponderancia de la violencia psicológica en el lugar de trabajo, que abarca los abusos verbales, la intimidación y el acoso moral. (Piñuel y Cantero, 2002, Briceño, 2009; Gómez Rojas, 2014).

Al igual que en diversos países, en Argentina los servicios de salud ocupacional, y específicamente en el ámbito de la Salud Pública, tienden a centrarse en reconocimientos médicos y en el registro, tratamiento y compensación de enfermedades y lesiones ocupacionales, en razón de que los servicios generales de salud no incluyen dentro de sus actividades de rutina, la detección ni el tratamiento de los problemas de salud derivados de las condiciones de trabajo. Los vínculos entre los servicios de salud ocupacional y de atención sanitaria general a menudo presentan deficiencias y en algunos países existe incluso una separación estructural entre ellos. Dicha fragmentación del sistema de salud

provocaría una prevención primaria insuficiente de los problemas de salud relacionados con el trabajo, el aumento de las tasas de ausentismo por enfermedad, la incapacidad para reintegrar a los trabajadores enfermos y lesionados en sus puestos de trabajo, la falta de continuidad en la atención, y un uso ineficaz de los recursos humanos y financieros.

La permanencia del trabajador en el mismo cargo en instituciones prestadoras de servicios de salud por largo tiempo y el continuo contacto con el sufrimiento del otro, el dolor, la enfermedad, los derechos humanos vulnerados, son factores que influyen en los cuidadores, pudiendo afectar en forma negativa su salud y la de su entorno.

Ya para el 2002, la Organización de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Trabajo (OIT), coincidían en que el 25% de los casos de violencia laboral ocurría en centros de salud y servicios de emergencias y que más del 50% de los profesionales de la atención sanitaria había experimentado incidentes de este tipo, poniendo en marcha una nueva iniciativa en el marco de un programa conjunto de organizaciones especializadas en el ámbito del trabajo, la salud y los servicios públicos con el propósito de ayudar a estos profesionales a combatir el miedo, las agresiones, la humillación e incluso el homicidio en sus lugares de trabajo. (Pinta, Naranjo y Olivas, 2011, p. 55)

En la actualidad, los medios de comunicación reflejan que en los últimos años la violencia social se ha incrementado en los centros de salud, especialmente en las guardias, convirtiéndose en otro factor influyente en la salud de los trabajadores. Dan cuenta de esto algunos comentarios publicados que Manrique (2014) recopila a lo largo de los últimos años: "Actos de violencia sufridos en el ejercicio de la profesión", "Dos pacientes agredieron a los profesionales de la salud que los atendían.", "Zona de riesgo: Cómo es una noche en la guardia del Piñero", "A la población: nuestra vida está en juego y la suya también", "Pedido de mayor seguridad para la práctica médica", "El hospital como campo de batalla", entre otros.

En contrapartida, existen factores protectores de la salud. Las personas con libertad y responsabilidad incrementan y estimulan el desarrollo de actividades creativas y mejoran el desempeño laboral, se comprometen en la construcción de entornos laborales saludables en forma colectiva y proponen alternativas para resolver o prevenir conflictos. Un individuo en armonía bio-psico-social y espiritual, es un ser con potencial para mejorar y crear ambientes laborales más saludables, que puede contribuir a la democratización de las instituciones, a la disminución de la violencia institucional y al favorecimiento de los objetivos de la institución. El presente estudio se propuso realizar una descripción epidemiológica de la autopercepción del estado de salud de los propios trabajadores de salud.

## **El planteo del problema**

En toda situación de trabajo existen variables capaces de producir o contribuir a producir daños a la salud de los trabajadores. Cuando las exigencias del entorno laboral son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del burnout. Los trabajadores de la salud no son la excepción, peor aún, resultan una población de alto riesgo (Nieto, 2000; Llanque Nieto, 2014). El impacto de la exposición a riesgos por carga de trabajo y factores psicosociales puede evidenciarse en la aparición de este conocido síndrome.

Por tal motivo, el presente estudio se plantea los siguientes interrogantes: ¿Cuál es el estado de salud autopercibida de los trabajadores de la salud de algunas instituciones de salud de la Argentina? ¿Cuáles son las problemáticas del entorno laboral afectarían la salud de los trabajadores de salud? ¿Existen diferencias acordes con el lugar que ocupan en la institución, con el nivel de responsabilidad en la salud de la población, con la profesión específica? ¿Qué acontecimientos ocurridos en la cotidianeidad del ámbito laboral las desencadenan? ¿Cómo se manifiestan en la vida cotidiana de los trabajadores de la salud estas afecciones? ¿Qué procesos protectores y/o de riesgos asociados al entorno laboral son percibidos?

## **Justificación**

En la actualidad pareciera que existen escasos y/o nulos dispositivos en las Instituciones de Salud que se ocupen de la Salud Mental del Trabajador de Salud Pública, sobre todo si se tiene en cuenta el deterioro que ha sufrido el sistema de salud en Argentina. El mismo, puede verse reflejado en situaciones tales como el abandono de la salud de los que menos tienen, en la escasez de personal, en el poco mantenimiento de los edificios.

Estas situaciones influirían en forma negativa en los niveles motivacionales, lo que podría derivar en que el sujeto trabajador desempeñara sus labores de manera poco interesada y poco comprometida. En este contexto, es imprescindible reconocerse como sujetos saludables en el trabajo, en las instituciones de las cuales se forma parte; como así también lo es el escuchar “las alarmas” internas que se encienden para avisar de potenciales daños, de sí mismos o de terceros.

Con ese fin, el presente trabajo recupera la Declaración de Alma-Ata (1978). En ella se anuncia un impulso a los proveedores de servicios de salud, sus usuarios y la comunidad in extenso, y se afirma que nada acercará más a la gente a las iniciativas nacionales de salud que llevarlas tanto como sea posible a los lugares donde la gente vive y trabaja en lugar de sólo llevarlas a cabo en hospitales. Se deben generar los ambientes adecuados para que la promoción de la salud y la salud ocupacional se desenvuelvan y crezcan.

Se espera que los hallazgos y conocimientos surgidos de este estudio favorezcan el desarrollo e implementación de acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de problemáticas en el personal en el área de la Salud Pública.

## Marco teórico

*"La salud es la libertad de darle al cuerpo de comer cuando tiene hambre, de hacerlo dormir cuando tiene sueño, de darle azúcar cuando baja la glucemia. No es anormal estar cansado o con sueño, no es anormal tener una gripe... Puede que sea normal tener algunas enfermedades. Lo que no es normal es no poder cuidar de esa enfermedad, no poder ir a la cama y dejarse llevar por la enfermedad, no poder dejar que las cosas sean hechas por otros por algún tiempo, no poder parar de trabajar durante la gripe y después poder volver"*

(Dejours, 1986, p. 11)

En línea con el pensamiento de Dejours (1986), en este trabajo se concibe que la salud, implica mucho más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio externo, también hace referencia a la capacidad de instituir nuevas normas, y repensar los conceptos que están naturalizados en las instituciones de Salud Pública. En este área existen nuevas circunstancias que indican la necesidad de modificar conductas desarrolladas e implementadas desde tiempos remotos. Asimismo, la salud como producto implica no sólo seguridad contra los riesgos, sino también capacidad para corregir ese margen de tolerancia, ampliándolo de modo tal que nos permita enfrentarlos. Según Caponi (2007), "Podemos hablar de salud cuando tenemos los medios para enfrentar nuestras dificultades y nuestros compromisos. Y la conquista y ampliación de esos medios es una tarea al mismo tiempo individual y colectiva".

La OMS reconoce que no existe una definición oficial de Salud Mental. Si bien las definiciones varían en función de diferencias culturales, asunciones subjetivas y teorías profesionales, propone que "la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias

capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004).

En nuestro país, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable.

En 2007 la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, recoge varios documentos y lanza el plan global de acciones para la salud de los trabajadores (GPA), 2008-2017, con el objetivo de proporcionar a los estados miembros nuevos ímpetus para la acción.

El PGA, proporciona un marco teórico flexible y adaptable a diversos países, ambientes de trabajo y culturas.

1. Diseñar e implementar políticas para normar la salud de los trabajadores.
2. Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo.
3. Promover la implementación y el acceso a los servicios de salud ocupacional.
4. Proporcionar y comunicar las evidencias de acción y práctica.
5. Incorporar la salud de los trabajadores en otras políticas.

La OMS y la OIT consideran la salud ocupacional como: "La rama de la salud pública que busca mantener el máximo estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones, protegerlos de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. En suma, adaptar el trabajo al hombre." (Leyton-Pavez, 2017, p. 12).

Para el Comité Mixto OIT-OMS, los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, abarcan las interacciones entre el medio ambiente laboral, las características de las condiciones de trabajo, las relaciones entre los trabajadores, la organización, las características del trabajador, su cultura, sus necesidades y su situación personal fuera del trabajo.

También ha definido al “factor de riesgo de origen psicosocial” como “todo aspecto de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como de su contexto social y ambiental que tiene la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores” (López Palomar, 2014).

En contraste con lo anterior, existen factores protectores que son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o los grupos, contrarrestar los riesgos y, en muchos casos, reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Por lo tanto, los factores psicosociales son factores presentes en todas las organizaciones con resultados positivos o negativos. (Jiménez B y León C, 2010).

Otro concepto que permite estudiar a la salud en el ámbito laboral es la resiliencia, entendiéndola como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante” (Becoña, 2006). También puede definirse como un constructo de ocho pilares con el que nacen todos los seres vivos para poder alcanzar su propio bienestar, el cual incluye autonomía, afrontamiento, autoestima, conciencia, responsabilidad, esperanza/optimismo, sociabilidad inteligente y tolerancia a la frustración. (Grotberg, 2001).

Por otra parte, la OMS define entorno de trabajo saludable de la siguiente manera: “*Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:*

- *La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo.*
- *La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo.*
- *Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad”.* (OMS, Entornos Laborales Saludables. 2010).

Por otra parte, el perfil epidemiológico de los trabajadores de la salud es poco conocido por la escasez de datos e información producidos al respecto, lo que dificulta la operacionalización e indicadores. Sin embargo, la huella que dejan las diferentes condiciones de trabajo, aparecen intensamente concentrada en cuestiones relacionadas con el campo de la salud mental, de la cual el síndrome de burnout constituye su expresión más citada. Al mismo tiempo el deterioro de las relaciones que se ve atravesado por una lógica mercantil de gestión de las organizaciones pone en evidencia el aumento de las situaciones de violencia entre trabajadores y usuarios, y entre los propios pares (Spinelli y otros, 2013). En este sentido, otros estudios plantean las dificultades de conocer los efectos de los cambios en la salud por la baja calidad de los datos y el bajo desarrollo de los mismos (Eijkemans y Takala, 2005; Choi, Tennessee y Eijkemans, 2001).

Las producciones académicas relativas a la salud de los trabajadores de la salud resultan escasas, aún en el propio ámbito de los trabajadores de salud. Spinelli y otros (2013), destacan que para el conjunto de las categorías ocupacionales existe una menor referencia a hechos de violencia que contradice el imaginario de las sensaciones de violencia en las instituciones de salud y goza de ampliada recepción por diversos medios periodísticos. Otra área de vacancia se encuentra en la noción de estado de salud autopercebida, entendiendo esto como una evaluación que hace el individuo de su propio estado de salud, limitaciones físicas y bienestar general.

En este marco, resulta de importancia recuperar la noción de vigilancia epidemiológica como “información para la acción”. Esto permite pensar en la posibilidad de que las informaciones producidas de forma sistemática, contribuyan para la toma de decisiones de medidas destinadas al control de agentes de riesgo para la salud, lo cual mejoraría las condiciones de salud. Esto es, permitirían desarrollar un sistema de vigilancia en salud de los trabajadores con la necesidad de extenderla a los trabajadores informales.

A través de este trabajo se pretende generar información epidemiológica para implementar medidas de prevención y atención de la salud y/o promoción de la salud mental, en distintos ámbitos de la Salud Pública en la Argentina, entendiendo junto con Testa, (1992) a la Salud Pública como un campo de fuerza, y en tanto práctica social, como una construcción histórica. Esta mirada pone en contexto las prácticas a las que alude la definición de Terris (1992) cuando actualiza la definición clásica de Winslow de 1920, que la considera como “la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

### **Objetivo general**

El objetivo propuesto es conocer el estado de salud autopercebido de los trabajadores de salud en Argentina concurrentes a las instancias presenciales de los cursos dictados por el INE “Dr. Juan H. Jara” en el año 2016.



## Objetivo específicos

- Conocer la condición de salud autopercebida en la población evaluada.
- Relevar las percepciones asociadas a las características de los entornos laborales y a la salud laboral.
- Conocer las condiciones de riesgo o de protección en los ámbitos laborales de los procesos de salud y enfermedad de la misma población.
- Determinar el perfil de las personas evaluadas según estado de salud autopercebida y variables demográficas.
- Asociar factores del entorno laboral al estado de salud autopercebida.
- Identificar potencialidades y actitudes resilientes entre el personal del equipo de salud.

## Material y método

**Tipo de estudio:** El presente estudio es de tipo descriptivo y transversal, cuantitativo y cualitativo.

**Población y muestra:** El tipo de muestra es no probabilística y por conveniencia. El universo estudiado fueron 93 personas pertenecientes al sistema de Salud Pública de la Argentina (profesionales, técnicos y administrativos), que asistieron al INE en calidad de alumnos concurrentes a las instancias presenciales de los Cursos a distancia 2016.

**Criterios de inclusión:** Todo alumno que aceptara participar del estudio de forma voluntaria luego de haber dado su consentimiento expreso en forma oral.

**Criterios de exclusión:** Todo alumno que no fuera de nacionalidad argentina.

**Metodología:** cuestionario autoadministrado General Health Questionnaire (GHQ-28) más la participación en un grupo focal. La participación fue voluntaria y consentida.

**Cuestionario:** El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal" y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

El cuestionario (GHQ-28) consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio),

subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. El participante debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado.

Si bien existen otros instrumentos psicométricos que cuentan con validez, confiabilidad y consistencia interna para evaluar las dimensiones psicológicas abordadas en este estudio, se eligió el Cuestionario GHQ 28 de Goldberg porque el mismo se encuentra validado en idioma español, y porque además su uso está muy difundido alrededor del mundo como instrumento de screening para evaluar el estado de salud general, lo cual permite la comparación entre distintas poblaciones. Para el presente estudio se ha utilizado la versión española de Lobo y colaboradores (Lobo y Muñoz, 1996; Lobo et al. 1986) del GHQ-28.

## **Grupos focales**

Como instrumento de recolección de datos, el grupo focal consiste en generar un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. (Hamui-Sutton y Varela-Ruiz, 2013). Se define también como una discusión promovida y conducida por los investigadores, que actúan como facilitadores de los intercambios que se suscitan sobre la temática propuesta (Fraire y Scribano, 2008). Se distingue de otro tipo de entrevistas grupales, ya que se busca interacción entre los participantes, de modo que construyan colaborativamente sus argumentos sobre la base de los aportes individuales.

En esta investigación se utilizaron las siguientes preguntas disparadoras, en torno a 5 ejes temáticos construidos a partir de la definición de entornos de trabajos saludables de la OMS (2010) con el fin de profundizar, ampliar, contrastar y relacionar con los resultados del cuestionario GHQ 28. Los ejes temáticos y las preguntas disparadoras que comprendían los diferentes ejes fueron:

**EJE 1- Lugar de la salud laboral en las organizaciones de salud:** ¿Qué lugar ocupa la salud laboral en sus organizaciones? ¿Existe un sistema de abordaje? ¿Considera que se le destinan los recursos/tiempo/atención suficiente?

**EJE 2- Caracterización de entornos laborales en la Argentina:** ¿Cómo caracterizan su ámbito- clima laboral? (indagar situaciones de violencia).

**EJE 3- Auto-percepción de la influencia del entorno laboral en el estado de salud del personal de salud.:** ¿Qué acontecimientos o situaciones ocurridos en la cotidianeidad desencadenan problemáticas de salud? ¿Las podrían describir?

**EJE 4- Situaciones de riesgo y/o protectoras / resilientes en el ambiente laboral:** En sus trabajos:

¿Existen situaciones que pueden considerarse de riesgo, protectoras y/o resilientes? ¿Podrían describir alguna de ellas?

**EJE 5- Propuestas para mejorar el clima/salud laboral:** ¿De qué manera consideran que podría mejorar el clima y la salud laboral? El grupo estuvo formado por: un coordinador, un asistente y entre 10 y 15 participantes. Se solicitó un consentimiento informado verbal que fue registrado a través de una grabación digital. El asistente relator tomó nota del comportamiento global del grupo apuntando reacciones, actitudes y/o comportamientos. Se codificó y clasificó la información recabada, teniendo en cuenta las preguntas guías. Debido a que el propósito de la investigación fue encontrar procesos asociados al tema “la salud laboral” se establecieron categorías dentro de la información obtenida. Éstas estuvieron asociadas a: Ámbito/clima laboral; Relaciones y comunicación en el ámbito laboral y Procesos de riesgo y procesos laborales y/o resilientes en el ámbito laboral. En total se realizaron 5 grupos focales que se correspondían con las diferentes instancias presenciales de los cursos.<sup>1</sup>

- **Sexo:** tomado como femenino/masculino
- **Actividad Profesional:** tomada como Asistencial todo aquel profesional que tuviera atención de pacientes de demanda espontánea, internación o guardias, tanto pediátricas como adultos; Gestión todo profesional que tuviera a su cargo auditorías, personal a cargo, jefaturas; Vigilancia y Promoción, todo profesional que tuviera acción directa en actividades de vigilancia epidemiológica, educación para la salud, implementación de sistemas, georreferenciamiento, coordinación de programas; Residentes, aquellos profesionales que se desempeñan en distintas áreas como residentes.
- **Región** tomada como CABA: ciudad autónoma de Buenos Aires; Región Centro incluye la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, La Rioja,

---

<sup>1</sup> Fueron: dos grupos para Epidemiología Nivel Básico, un grupo para Epidemiología y Control de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, un grupo para Promoción de la Salud, y el último grupo para Epidemiología y Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.

Mendoza, San Juan, San Luis; Región Patagónica incluye Río Negro, Neuquén, Chubut, La Pampa, Santa Cruz y Tierra del Fuego; Región Norte incluye Tucumán, Salta, Misiones, Chaco, Corrientes, Santiago del Estero, Jujuy, Formosa y Catamarca.

- **Edad** tomada como variable ordinal y para el análisis se categorizó en E1 menores e igual a 30, E2 de 31 a 40, E3 de 41 a 50, E4 mayor de 50.

- **Escala de Salud Autopercebida:**

**Agudos:** Identificación de todos aquellos problemas de nueva aparición referidas a síntomas somáticos, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión.

**Total Agudo:** puntuación total del cuestionario en la valoración para identificar problemas de nueva aparición.

**Caso Agudo** a la valoración menor de 6 del cuestionario en la modalidad Agudo.

**No Caso Agudo** a la valoración igual o mayor de 6 del cuestionario en la modalidad Agudo.

**Crónico:** Identificación de todos aquellos trastornos de larga duración, referidas a síntomas somáticos, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión.

**Total Crónico:** puntuación total del cuestionario en la valoración para identificar trastornos de larga duración.

**Caso Crónico** a la valoración menor de 6 del cuestionario en la modalidad Crónico.

**No Caso Crónico** a la valoración igual o mayor de 6 del cuestionario en la modalidad Crónico.

## **Análisis estadístico**

Con el objetivo de caracterizar la muestra estudiada, se realizó el análisis de cada variable de modo independiente; se trabajó con distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para la relación entre las variables se utilizó el estadístico  $\chi^2$  con los grados correspondientes a cada caso. Para el cálculo de razón de Prevalencias se utilizó la prueba de homogeneidad entre niveles. Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas se consideró un nivel de significancia del 5% ( $p < 0,05$ ). Los datos fueron analizados con el paquete estadístico Epidat

3.1 y Epidat 4.1. El abordaje es cuanti-cualitativo a partir de Cuestionario y grupos focales. Se efectuó una triangulación metodológica con el objetivo de identificar patrones de convergencia para poder desarrollar o corroborar una interpretación global del fenómeno de la salud laboral, objeto de la investigación. La triangulación ofrece una oportunidad para que se elabore una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación del fenómeno, porque señala su complejidad y esto a su vez enriquece el estudio y brinda la oportunidad de que se realicen nuevos planteamientos. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos ofrece la visión de los diferentes aspectos de la totalidad del fenómeno “la salud laboral y sus entornos”.

### Resultados de análisis cuantitativo

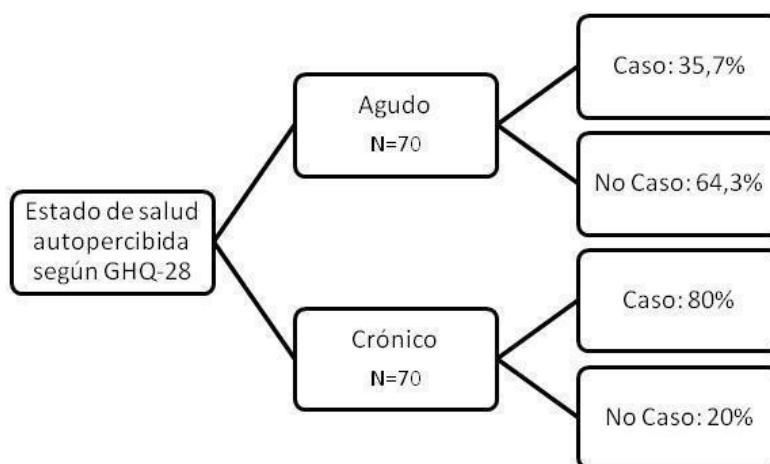
Aceptaron participar del estudio 72 (77,4%) agentes de salud del total de los 93 que asistieron a las instancias presenciales como alumnos y fueron excluidas dos alumnas por ser de nacionalidad extranjera, por lo tanto, la muestra final fue de 70 individuos. Para la distribución según sexo se observó que la proporción de mujeres es significativamente mayor que de hombres ( $p=0,000$ ). Con respecto a la actividad profesional y la región de donde provienen los sujetos no se encontraron diferencias de datos significativas. (Tabla 1).

*Tabla 1: Características de agentes de salud concurrentes a las instancias presenciales de los cursos del I.N.E. Mar del Plata. 2016*

Característica	N	%	IC
Sexo (N=70)			
F	48	68.6	56.4-79.1
M	22	31.4	20.8-43.6
Actividad Profesional(N=67)			
Asistencial	20	29.9	18,4-40,6
Gestión	11	16.4	8,1-26,4
Vigilancia y Promoción	22	32.8	20,8-43,6
Residentes	14	20.9	11,4-31,2
Región(N=70)			
CABA	14	20.0	11,3-31,3
Región Centro	36	51.4	39,2-63,5
Región Norte	10	14.3	7,1-24,7
Región Patagónica	10	14.3	7,1-24,7

Se observó que la media de edad de la muestra en estudio fue de  $38,6 \pm 8,6$  años, siendo los valores extremos, 27 años la mínima y 60 años la máxima. No se encontraron diferencias significativas entre las medias de edades según sexo ( $p=0,181$ ).

*Diagrama 1: Estado de salud autopercebida según cuestionario GHQ-28 de los agentes de salud concurrentes a las instancias presenciales de los cursos del I.N.E. Mar del Plata. 2016*



Como se observa en el Diagrama 1 hay un 80% de presencia de casos crónicos y un 35,7% de casos agudos. Teniendo en cuenta que el punto de corte para caso/no caso es de 5/6, resultó llamativo que la media de la puntuación obtenida en el cuestionario para Total Crónico fue de  $11 \pm 5,7$  resultando significativamente mayor que la media del puntaje de Total Agudo que fue de  $5,4 \pm 5,5$  ( $p=0,000$  para el test de diferencia de medias emparejadas).

La tabla 2 muestra para la condición de salud tomada como **Caso Agudo**, respecto a la edad, el grupo E2 tiene una razón de prevalencia (RP) de 5,3 respecto al grupo E4 que fue tomado como referencia, lo que da cuenta de una prevalencia mayor de sujetos que sufren molestias o dificultades de nueva aparición dentro de este grupo de edad. Quedando luego, el grupo E1 con una  $RP=1,7$  y E3 con una  $RP=2,2$ . No se encontraron diferencias en las otras variables de Caso Agudo.

*Tabla 2: Estado de salud autopercebida según las características de agentes de salud concurrentes a las instancias presenciales de los cursos del I.N.E. Mar del Plata. 2016*

CARACTERISTICA	AGUDO		p	CRONICO		p
	CASO N(%)	NO- CASO N(%)		CASO N(%)	NO- CASO N(%)	
Sexo (N=70)			p =0,071			p=0,303
F	21(30)	27(38,6)		40 (57,1)	8 (11,4)	
M	4(5,7)	18 (25,7)		16 (22,8)	6 (8,6)	
Edad (N=70)			p=0,009 <sup>1</sup>			p=0,136 <sup>1</sup>
E1	3 (4,3)	13 (11,6)		11 (15,7)	5 (7,1)	
E2	17 (24,3)	12 (17,1)		27 (38,6)	2 (2,8)	
E3	4 (5,7)	12 (17,1)		12 (17,1)	4 (5,7)	
E4	1 (1,4)	8 (11,4)		6 (8,6)	3 (4,3)	
Actividad Profesional(N=67)			p=0,774 <sup>1</sup>			p=0,358 <sup>1</sup>
Asistencial	7 (10,4)	13 (19,4)		14 (20,9)	6 (8,9)	
Gestión	4 (5,9)	7 (10,4)		9 (13,4)	2 (2,9)	
Vigilancia y Promoción	10 (14,9)	12 (17,9)		20 (29,8)	2 (2,9)	
Residentes	4 (5,9)	10 (14,9)		12 (17,9)	2 (2,9)	
Región(N=70)			p=0,221 <sup>1</sup>			p=0,183 <sup>1</sup>
CABA	4 (5,7)	10 (14,3)		11 (15,7)	3 (4,3)	
Región Centro	16 (22,8)	20 (28,6)		32 (45,7)	4 (5,7)	
Región Norte	4 (5,7)	6 (8,6)		7 (10)	3 (4,3)	
Región Patagónica	1 (1,4)	9 (12,8)		6 (8,6)	4 (5,7)	

1 Prueba de homogeneidad entre niveles.

Para el estado de salud autopercebido **Caso Crónico** no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables analizadas.

## **Resultados de análisis cualitativo**

Los hallazgos surgidos para los distintos ejes propuestos fueron:

### **EJE 1 – Lugar de la salud laboral en las organizaciones de salud:**

Los participantes manifiestan que en sus lugares de trabajo, servicios de Salud Pública de la Argentina no existirían espacios destinados al abordaje de la promoción de salud/salud mental del personal, excepto en dos situaciones a las que se hicieron alusión: los trabajadores que se desempeñan en ONG, refieren espacios grupales coordinados por una psicóloga social donde se abordan temas referidos a la comunicación en el trabajo; y la iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación del software denominado “Tu Pausa Activa” (Ministerio de Salud, 2017).

En forma ocasional, se hizo referencia a la existencia de comités mixtos de trabajo, conformados por psicólogos y abogados, que funcionan otorgando asistencia y asesoría en temas de salud y violencia institucional, recepcionando distintas demandas de atención de estas problemáticas y justificando licencias por enfermedad. Dichos dispositivos, que no alcanzan a cubrir la demanda, se han constituido con las problemáticas ya están instaladas, es decir, a posteriori de los hechos concretos. Por otra parte, una elevada proporción del personal desconoce la existencia de estos dispositivos, principalmente en hospitales de alta complejidad.

### **EJE 2 – Caracterización de entornos laborales en la Argentina:**

De los intercambios surgieron hallazgos en relación con diferentes categorías:

a. *La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al ambiente físico de trabajo.*

Se hace referencia a ambientes físicos inadecuados. En algunas oficinas se observa hacinamiento debido a espacios reducidos con exceso de personal que dificulta la tarea y empobrece la salud laboral. Esto genera dificultades de comunicación vinculadas a la contaminación sonora. La escasez de recursos es otro de los factores que inciden en las actividades diarias. A modo de ejemplo: un teléfono en la oficina para múltiples usos internos y externos, escasez de impresoras y otros insumos asociados en el área.



También se hace referencia a situaciones de riesgo cuando se hacen salidas a terreno. En este punto se incluyen las condiciones defectuosas de los vehículos y también al tránsito por zonas geográficamente peligrosas.

*La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo:*

En este punto se hace alusión a realidades y entornos muy diferentes en las instituciones de pertenencia. En los entornos laborales que se autopercibe el malestar se caracteriza como entornos muy competitivos, en los que se generan distintas situaciones de violencia. Se perciben como “competencia desleal” y se caracteriza como entornos laborales donde prima el *laissez faire* donde cada uno hace lo que quiere, como quiere. Se asocia también a compañeros que deciden no trabajar lo que sobrecarga de tareas a otros trabajadores que lo hacen por ellos.

Por otra parte estas conductas se agravan porque existe una toma de decisiones en lo cotidiano, sin coordinación entre jefes y compañeros de tareas. Esta situación suele derivar en problemas de “sobreadaptación” en algunos trabajadores que, por sus propias características, se sobrecargan con aquellas tareas que no son de su competencia y/o responsabilidad, y que debieran ser ejecutadas por otras personas que no las realizan. Estos escenarios, entre otros, conducen a quejas permanentes, lo que realimenta la tensión y agresión.

- b. *Violencias asociadas al ámbito laboral:* Se hace referencia a violencias surgidas en distintas direcciones.

Autodirigidas: observándose la falta de cuidado de sí mismo en el desempeño de la actividad laboral, como consecuencia de abusos y/o excesos de horas de trabajo. Al respecto se manifestó que: “los empleados que necesitan dinero para pagar sus cuentas, trabajan más horas que las estipuladas por convenios de trabajos y lo hacen en forma riesgosa”, llegando a producirse lesiones por accidentes vinculadas a este exceso.

En casos extremos, incluso han ocurrido intentos de suicidio en el ámbito laboral.

Interpersonal: En forma vertical: ejercida por jefes hacia subalternos, así como violencia de familiares de pacientes hacia profesionales. En forma transversal: entre pares, surge cuando se percibe la desvalorización de la tarea y las ideas de los otros. Por ejemplo, afirmando: “Eso lo hice en el `94 y no funcionó. No sirve”. Se menciona el bullying haciendo referencia al acoso laboral y/o mobbing cuando se mencionan estas formas de violencias. Horizontal: otro tipo de violencias de esta naturaleza son las producidas por conflictos entre jefes. Algunos participantes manifiestan: “muchas veces los jefes no se hablan entre ellos,

incluso se presentan órdenes contradictorias. Un jefe te dice una cosa y otro lo contradice”, repercutiendo en las relaciones entre aquellos que tienen que cumplir esas órdenes contradictorias.

La cuestión común surgida en todos los grupos fue la “sanción social”, entre los mismos compañeros. A menudo, para algunas personas está mal visto que sus compañeros falten por sentirse enfermos, poniendo en valor ir a trabajar en esas condiciones.

Estructural: se autoperceben formas de violencias institucionales caracterizadas por el maltrato y destrato, a través de “un juego perverso” con respecto a la satisfacción de necesidades de salud de la población que acude a los centros asistenciales. En esta línea, un participante expresa que se otorgan dos o tres turnos al mismo tiempo. La demanda no se puede satisfacer y de esta manera se promueve la respuesta agresiva del paciente hacia el empleado de salud, específicamente a quienes están en contacto directo y permanente con el mismo. Otra de las expresiones de conductas violentas colectivas, aparece vinculada a la presión ejercida por algunos representantes gremiales. La pertenencia a uno u otro gremio ocasiona enfrentamientos en lo cotidiano, produciendo e intensificando problemas de comunicación intra e interinstitucional.

c. *Caracterización vinculada a la cultura organizacional.*

En líneas generales, se percibe en las instituciones de salud pública una estructura verticalista y autoritaria asociada al denominado “modelo médico hegemónico.” (Menéndez, 2005).

La cuestión contractual es otro de los puntos que emergen vinculados a la organización y la cultura institucional, al manifestar que el personal de planta tiene beneficios que no posee el personal becario y/o contratado. Para estos últimos se agudizan las malas condiciones de trabajo: trabajadores con pocas horas de descanso, agotamiento, además de la sensación de inseguridad y precariedad de las condiciones laborales. La figura del residente asume características especiales, ubicado en un lugar marginal: “Si sos residente estás en última instancia”. Otro punto que es vivenciado por algunos agentes como contradictorio es que, en muchas instituciones de salud pública, no hay licencias laborales específicas para capacitación. Por este motivo los empleados tienen que apelar a sus vacaciones y/o días por premios al presentismo para poder capacitarse para su trabajo.

### **EJE 3 – Auto-percepción de la influencia del entorno laboral en el estado de salud del personal:**

Se afirma que en la Administración Pública no existe un sistema formal de premios o castigos de acuerdo al trabajo efectuado por el personal, fomentando la lógica de “nivelar para abajo”, a la vez que promovería una distribución desigual de tareas y de responsabilidades. Las consecuencias de este entorno laboral se vinculan con estados de apatía, desánimo o hasta depresión por la pérdida de sentido de la propia tarea.

También se hace referencia a problemas de consumo y abuso de sustancias en algunos trabajadores de la salud, conductas de auto flagelación, la quemazón en el trabajo, el tan conocido burnout, que está naturalizado en las instituciones de salud pública. Sumado a esto, otro participante expresa: “Cuando sufrís un accidente, el médico de la ART, te manda a trabajar, aunque no estés en condiciones de hacerlo aún”. Este tipo de desigualdades se vería exacerbado en algunas organizaciones en las que se encuentran miembros de la misma familia cubriendo cargos jerárquicos complejizándose la situación institucional. A modo de ejemplo un integrante manifiesta que en la oficina de personal a los familiares se les “perdonan” las inasistencias injustificadas. En contraposición se dan situaciones de extremada exigencia.

### **EJE 4 – Situaciones de riesgo y protectoras/resilientes en el ambiente laboral**

Si bien se hace mención a distintos episodios de violencia en el Eje 2, al mismo tiempo se evidencian algunas como situaciones riesgosas inherentes a las cuestiones de trabajo. Entre ellas se encuentra la violencia de los pacientes hacia el equipo de salud y enfrentamientos entre grupos profesional-no profesional. Además, se hizo mención a situaciones de riesgo y violencia por parte de comerciantes que deben recibir algún tipo de sanción por parte de inspectores. A modo de ejemplo, se narraron situaciones en las que el carnicero ha amenazado con una cuchilla al inspector.

Se hace alusión a que los procesos predisponentes de cada persona favorecen o dificultan la resolución de los conflictos y la inserción en los ambientes laborales. A modo de ejemplo se expresa que algunos agentes se defienden mejor del maltrato cotidiano y otros lo sufren más. En algunos casos se usa el sentido del humor para defenderse del malestar en la institución, en otros se resuelve en espacios informales, reuniones autogestionadas. De esta manera, se perdería la noción colectiva de grupo y surgirían los individualismos extremos.

Dentro de estos procesos de riesgo también se identificaron las condiciones de trabajo que, por sobrecarga laboral, derivan en sueño y agotamiento. Respecto a los procesos protectores y actitudes resilientes, se identifican las relaciones vinculares

que ofrecen sostén en situaciones conflictivas cotidianas. A modo de ejemplo, se mencionan grupos informales reducidos de compañeros que generan contención y escucha generando “microclimas” positivos. Se alude a que en algunas instituciones se autogestionan reuniones quincenales por grupos, dentro del personal afín entre sí y que son protectoras en la medida que favorecen la comunicación, pero eventualmente pueden derivar en situaciones de queja y discusión transformándose en procesos de riesgo. También se menciona el concepto de “Islas”, los cuales serían grupos dentro de servicios y/o equipo de trabajo entre 5 y 7 personas, que se conforman espontánea e informalmente. Estas “islas” cumplirían una función de “apuntalamiento” y contención, que no provee formalmente la organización.

### **EJE 5- Propuestas para mejorar el clima/salud laboral**

En este punto se indaga respecto de las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad. Los participantes proponen reuniones grupales quincenales en los espacios laborales, ya que suponen que favorecerían la comunicación, siempre y cuando no deriven en situaciones catárticas únicamente, de queja y discusión.

Por otra parte, se hace referencia a la necesidad de contar con salarios que permitan satisfacer necesidades básicas, para no tener que sobrecargarse con turnos de trabajo. También se hace referencia a que es necesario promover la implementación de dispositivos formales de atención y cuidado del personal.

Otro punto recurrente fue la necesidad del reconocimiento, a partir de, por ejemplo, premios o incentivos que valoren el esfuerzo y mérito del personal. Un caso particular se da entre los residentes, quienes por asumir que su paso es transitorio, no consideran tener en cuenta acciones a futuro. Casi en línea con un proceso defensivo, deciden no involucrarse en los problemas vinculares o comunicacionales por transitoriedad. El pensamiento se asemeja: “En seis meses me voy”.

### **Conclusiones**

El presente trabajo tuvo como objetivo general conocer el estado de salud autopercibido de trabajadores de salud en Argentina. Se observó que la autopercepción más frecuente se refiere a malestares de tipo crónico (80%) y particularmente éstos también arrojan una media elevada en su puntaje bruto, lo que denotaría la mayor gravedad de la situación. Este malestar crónico no presenta diferencias significativas en ninguna variable, lo que equivale a decir que toda la población se ve afectada. Sin embargo, para las afecciones de tipo agudo, se evidencia

una diferencia significativa respecto a la edad, siendo el grupo de adultos jóvenes el más propenso a sufrir este tipo de situaciones. Se podría entender a partir de la necesidad manifestada de mejorar aceleradamente la productividad, el aumento de la competitividad, las relaciones interpersonales, el pluriempleo, las largas jornadas de trabajo y turnos rotativos entre otras. Estos condicionamientos afectan la salud desde cualquier ángulo que se lo analice, y los trabajadores de la salud no están exceptuados de estas dolencias y afecciones de la percepción de las condiciones de trabajo. Por otro lado, la aparición de nuevos factores, como violencia, la permanente relación con la incertidumbre, dificultan esa apreciación objetiva. A su vez, es necesario tener en cuenta que la percepción está teñida no sólo de las condiciones en que se desarrolla el trabajo, sino también de las expectativas y de modelos “ideales” con los que se los compara.

En consonancia con estos resultados, un estudio de comparación de la salud de los trabajadores de la salud en cuatro países latinoamericanos muestra que el país donde se da la percepción más negativa es Argentina. Dentro de las diferentes profesiones, el personal médico es el que tiene la percepción más negativa. Entre los problemas detectados se encuentran las limitaciones de espacio, falta de herramental, diseño ergonómico deficiente, la intensidad de trabajo sobre todo por ausencia del personal, etc. La investigación también pone de relieve que la violencia psicológica en el lugar de trabajo, que abarca los abusos verbales, la intimidación y el acoso moral, es más frecuente que la violencia física (Novick, M. 2012).

La indagación respecto al “lugar de la salud laboral” en las organizaciones de salud, contrariamente a lo que su significado habitual indicaría, da cuenta de un “No Lugar”. La ausencia de espacios físicos, actividades o programas destinados al cuidado de la salud de los trabajadores remite, en el conjunto de los actores implicados en el entramado de la estructura a partir de la cual se construye y se sostiene todo el quehacer laboral (políticos, autoridades, trabajadores, etc.), a un vacío, no solamente edilicio, sino también simbólico, desde el cual se permita pensar, y así proveer de sentido y de una entidad propia con un valor intrínseco, el concepto de salud de los trabajadores.

De esta manera, lo instituido, lo normal, es encontrar en las organizaciones de salud, condiciones edilicias inadecuadas, instalaciones deficientes, escasez de espacio, falta de personal y también vínculos interpersonales muchas veces nocivos y hasta violentos, los cuales, lejos de ser reconocidos y problematizados de forma tal que puedan ser debidamente abordados y resueltos, se han ido naturalizando en el devenir de un armado institucional.

Este entramado suele desconocer una buena parte de aquellos aspectos que no se encuentran directamente relacionados con los objetivos organizacionales, pero que sin embargo son esenciales para el correcto y saludable funcionamiento de las propias organizaciones, como lo es la calidad de vida de sus trabajadores.

Los entornos laborales que atentan contra la salud del empleado están caracterizados por una cultura organizacional predominante referida a modelos médicos hegemónicos, competitivos, donde la interdisciplina es la excepción. Entornos donde se valoriza solo lo propio, “no se escucha” y se desvaloriza la mirada del otro, cuando se registra “diferente”, sobre todo del que se encuentra en un menor escalafón. Se considera que la vigencia de estos modelos hegemónicos está íntimamente relacionada con las situaciones de violencia que se repiten en lo cotidiano, donde no se respetan los derechos de los integrantes de menor rango ni de los pacientes. Se visualizan diferentes formas de violencias colectivas, ejercida por las instituciones de salud hacia la población concurrente, haciendo alusión a “un juego perverso”, que desatiende las necesidades de salud de la población. La demora en el otorgamiento de turnos es el caso más paradigmático.

A partir de los factores de riesgo aludidos por la población estudiada, como ya fueron mencionados como las distintas formas de violencias, la cultura hegemónica y autoritaria, los problemas permanentes de comunicación, la inequitativa repartición de las tareas, condiciones edilicias desfavorables, entre otras, en síntesis, la autopercepción de los profesionales de salud arrojada por este estudio implica un estado burnout crónico naturalizado.

Como contrapartida, los entornos laborales que se autoperciben favorables para el cuidado de la salud, son aquellos en los que se encuentran iniciativas autogestivas referidas al autocuidado en forma grupal, como por ejemplo los grupos informales de contención, la construcción de espacios destinados a mejorar la comunicación intra-institucional. Estas “islas” visualizadas como procesos protectores pueden interferir en la comunicación institucional y en el propio entorno laboral dificultando la visualización de los problemas que lo generan. Las mismas cumplirían una función de “apuntalamiento” y contención, que no provee formalmente la organización.

Surge como recomendación, a partir de los resultados de este estudio, la promoción de dispositivos formales de atención y cuidado del personal para abordar las situaciones negativas que derivan en problemáticas de salud en los entornos laborales de los trabajadores de la salud.

## Referencias

- Becoña E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 11, N.º 3, pp. 125-146.
- Briceño, P. (2009). Los riesgos psicosociales y su reconocimiento como enfermedad ocupacional: consecuencias legales y económicas. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 11(3), 367-385.
- Caponi, S. (2007). Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. *Cadernos de saúde pública*, 23, 7-15.
- Choi B., Tennessee L., Eijkemans G. (2001). Developing regional workplace health and hazard surveillance in the Americas: Special Report. *Pan American Journal of Public Health*. 10(6): 376-381.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14), 7-11.
- Eijkemans G y Takala, J. (2005). Moving knowledge of global burden into preventive action. *American Journal of Industrial Medicine*. 48(6):1097-0274.
- Fraire, V. y Scribano, A. (2008), "El grupo de discusión: posibilidades y estrategias". En A. Scribano, *El proceso de investigación social cualitativo*, Buenos Aires, Prometeo libros.
- Gómez Rojas, P., Hernández Guerrero, J., & Méndez Campos, M. (2014). Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en una empresa chilena del área de la minería. *Ciencia y trabajo*, 16(49), 9-16.
- Grotberg, E. (2001) Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; p. 23-25.
- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60.
- Leyton-Pavez, C., Valdés-Rubilar y S., Huerta-Riveros, P. (2017) Metodología para la prevención e intervención de riesgos psicosociales en el trabajo del sector público de salud, *Revista de Salud Pública*, vol. 19, núm. 1, enero-febrero, 2017, p. 1
- Llanque Nieto, P. A. (2014). "Rasgos de personalidad y síndrome de Burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del 'Hospital de Clínicas' de la ciudad de La Paz". *Revista de Investigación Psicológica*, (12), 93-115. Recuperado de: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n12/n12\\_a06.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n12/n12_a06.pdf)

- Lobo A., Pérez-Echeverría M., Artal J. (1986) Validity of escaled versión of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in *Spanish Population. Psychological Medicine*. 16:132-140.
- Lobo, A. y Muñoz, P. (1996). Cuestionario de Salud General. Guía para el usuario de las diferentes versiones. Barcelona: Masson.
- López Palomar, M., García Cueva, S. y Pando Moreno, M. (2014). Psychosocial risk factors and burnout in Economically active population of Lima, Peru. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 164-169. En: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300007>
- Manrique, J. (2014). Violencia contra el personal de la salud. Inmanencia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 3(2).
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva*, 1(1),9-32. Recuperado de : [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&tlng=es)
- Ministerio de Salud (2017). Pausa Activa. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/tupausaactiva>
- Moreno Jiménez, B. y Báez León, C. (2010) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas, Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), 2010. 188 p.
- Nieto, H. (2000). Salud laboral: la salud de los trabajadores de la salud. Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero". Argentina. Recuperado de: [http://www.medicosmunicipales.org.ar/cymat/la\\_salud\\_de\\_los\\_trabajadores\\_de\\_la\\_salud.pdf](http://www.medicosmunicipales.org.ar/cymat/la_salud_de_los_trabajadores_de_la_salud.pdf)
- Novick, M. (2012). Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. Recuperado de: <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/condicionestrabajo/es>
- O.M.S., Asamblea Mundial de la Salud (2007). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial (No.WHA60. 26). OMS.
- O.M.S., Organización Panamericana de la Salud de la Salud Mental (2004). Conceptos, evidencia emergente y práctica. Informe compendiado. Ginebra: OMS, Promoción de la Salud Mental.
- OMS (2010). Entornos laborales saludables. Fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo.



- Piñuel, I., y Cantero, A. (2002) La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España: Resultados del barómetro CISNEROS II sobre violencia en el entorno laboral. *Lan harremanak: Revista de relaciones laborales*, (7), 35-62.
- Rodríguez de la Pinta, M. L., Maestre Naranjo, M., y Borda Olivas, J. R. (2011). *Violencia externa en el trabajo en el sector servicios: Consideraciones generales, notificación y protocolos de actuación*. Medicina y Seguridad del Trabajo, 57, 53-71.
- Spinelli, H., Trotta, A., Guevel, C., Santoro A., García Martínez, S., Negrín, G. y Morales Castellón, Y. (2013) *La Salud de los trabajadores de la salud*. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS. (2013).
- Terris, M. (1990) Salud Pública de Medellín. Alcaldía de Medellín, Secretaría de salud, volumen 1, N° 1, ene – jun. 2006.
- Testa, M. (1989) Pensar en salud. Representación OPS/OMS Argentina;(21), 1989. Winslow C. (1920) The Untilled Fields of Public Health, Science 51:23:33, 1920.