



Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Acosta F, Martín; Torres L, Teresa M.; Díaz E, Dina G.; Aguilera V, María de los Ángeles; Pozos R, Blanca E.

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, vol. 31, 2013, pp. 181-191

Universidad de Antioquia

.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

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

Popular Health Insurance, psychosocial working conditions and violence among the employees of a healthcare provider in Mexico: an analysis based on the model of the social determinants of health

Martín Acosta F¹; Teresa M. Torres L²; Dina G. Díaz E³; María de los Ángeles Aguilera V⁴; Blanca E. Pozos R⁵.

¹ Lic. en Psicología, PhD. en Ciencias de la Salud en el Trabajo, MSc. en Psicología del Trabajo, Universidad de Guadalajara, México. Correo electrónico: fmartin63@gmail.com

² Lic. en Psicología, MSc. Salud Pública, PhD. Antropología Social y Cultura, Universidad de Guadalajara, México. Correo electrónico: tere.torres.cucs@gmail.com

³ Médico Cirujano Dentista, MSc. Salud Pública, PhD. Ciencias de la Salud Pública. Correo electrónico: dradinadiaz@gmail.com

⁴ Médico Cirujano Dentista, MSc. Enseñanza de las Ciencias, PhD. en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Universidad de Guadalajara, México. Correo electrónico: aaguileracd@hotmail.com

⁵ Médico Cirujano Dentista, MSc. Ciencias de la Salud Pública, PhD. Psicología de la Salud, Universidad de Guadalajara, México. Correo electrónico: litaemx@yahoo.com.mx

Recibido: 14 de octubre 2012. Aprobado: 21 de Marzo 2013.

Acosta M, Torres TM, 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. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S181-S191.

Resumen

Objetivo: analizar el impacto de la implementación y operación del Seguro Popular en las condiciones psicosociales de trabajo y la exposición a situaciones y comportamientos de violencia de un grupo de trabajadores que laboran en una institución de salud. **Metodología:** se realizó un estudio cualitativo bajo el marco de la sociología fenomenológica. Se aplicó una encuesta a 206 trabajadores para valorar las condiciones psicosociales negativas en el entorno laboral. Posteriormente, se identificaron 18 *sujetos caso* por haber obtenido puntajes negativos altos en la encuesta y haber estado expuestos o haber participado en situaciones y comportamientos de violencia en el trabajo. **Resultados y discusión:** la implementación y operación

del Seguro Popular provocó un deterioro y precarización de las condiciones psicosociales y del proceso de trabajo. La exposición a situaciones y comportamientos de violencia se manifestó como estrés, desgaste emocional, pérdida de la motivación, minusvalía y depresión. **Conclusiones:** las reformas laborales y de la administración pública, expresadas en un nuevo modelo de gestión organizacional orientado a la eficiencia y reducción de costos prioriza los criterios administrativos y desestima la satisfacción y bienestar de los trabajadores.

-----**Palabras clave:** condiciones de trabajo, violencia, personal de salud, salud laboral

Abstract

Objective: to analyze the impact of the implementation and operation of the Popular Health Insurance program on the psychosocial working conditions and on the exposure to

violent situations and behaviors of a group of workers in a healthcare provider. **Methodology:** a qualitative study was conducted based on the framework of phenomenological

sociology. A total of 206 workers were first surveyed in order to assess the negative psychosocial conditions in the work environment. Then, 18 subjects were identified as “cases” because they obtained high negative scores in the survey and had been exposed to or had taken part in violent situations and behaviors at the workplace. **Results and discussion:** the implementation and operation of the Popular Health Insurance program caused the psychosocial conditions and the work process to deteriorate and become precarious. Exposure to

violent situations and behaviors at the workplace was expressed as distress, emotional exhaustion, loss of motivation, self-deprecation and depression. **Conclusions:** the labor and public administration reforms that have materialized in a new model of organizational management aimed at attaining efficiency and cost reductions prioritize the administrative criteria and disregard worker satisfaction and well-being.

-----**Keywords:** working conditions, violence, health personnel, occupational health

Introducción

En este trabajo se analiza, bajo las premisas del modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS), cómo la implementación y operación del Seguro Popular (SP) generó condiciones psicosociales adversas a un grupo de empleados del sector y los expuso a situaciones y comportamientos de violencia, como maltrato de directivos a subordinados expresados a través de ofensas verbales, la puesta en duda de la capacidad profesional, la violación de la normativa laboral, el manejo inadecuado de conflictos intralaborales, la disputas por plazas y la rivalidad entre compañeros para obtener bonos de productividad.

En México ha tenido lugar un distanciamiento sustantivo del Estado en su papel como rector de la vida económica, política y social y una propensión a implementar ajustes macroeconómicos tendientes a reducir el gasto público, incentivar la participación de la iniciativa privada en la venta de servicios sociales y controlar la fuerza de trabajo y la oferta laboral [1]. De ello se desprendieron una serie de reformas sociales de las que surgieron nuevos escenarios laborales y condiciones psicosociales en los procesos de trabajo que toman como directrices las leyes del mercado y de la acumulación del capital [2].

En el sector salud pueden identificarse dos reformas en la reorganización de las políticas de atención. La primera se caracterizó por imponer una lógica de eficiencia y productividad en la prestación del servicio [2-4]; la segunda se distinguió por concebir la salud como una mercancía, que se asumió según la lógica de proyectos, con una fuerte tendencia en preconizar el costo-beneficio y la costo-efectividad, por encima de la gestión de acciones sociales [1, 3].

El SP inició formalmente a través de la puesta en marcha del Programa de Protección Social en Salud en el 2004 [5, 6], con el objetivo de ofrecer el aseguramiento voluntario en servicios de salud a la población que no contaba con un trabajo formal o que lo hacía de manera independiente.

El esquema de financiamiento para la operación del SP está conformado por las aportaciones del gobierno fe-

deral y los gobiernos de los estados y las provenientes de los afiliados. Se exime de pago de cuota social a las personas que perciben un salario igual o menor a los dos salarios mínimos* [7].

La cobertura de los servicios de salud que ofrece el SP no es la misma que brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social† (IMSS), pues mientras este último ofrece servicios en todos los niveles de atención para cualquier padecimiento y surte cualquier medicamento enlistado en el cuadro básico, el SP restringe su atención a un paquete de servicios de primero y segundo nivel y excluye la atención y tratamiento de algunos padecimientos como enfermedades cardiovasculares, oncológicas, renales crónicas y politraumatismos [2].

El número de personas afiliadas en todo el país, a fines del 2012, es de 52.871.916 inscritos [8]. No se ofrece una cifra exacta del número de trabajadores.

A pesar que el SP opera en todo el país, no cuenta con instalaciones propias. Todos sus servicios se generan usando la infraestructura y el equipo perteneciente a los Sistemas Estatales de Salud (SES), lo que ha generado nuevas formas de gestionar los servicios y de regular el trabajo del personal. Asimismo, se presenta una situación de coexistencia de personal de base perteneciente a los SES y personal temporal contratado por el SP; condición que ha llegado a generar problemas y confrontación entre ambos grupos [9].

Por otra parte, un gran número de unidades de salud y centros hospitalarios de los SES han concursado por la obtención de recursos económicos adicionales procedentes del SP. Para ello se someten a procesos de acreditación y son medidos a través de indicadores que garanticen condiciones de operación con calidad y seguridad para los usuarios [9], pues el SP solo puede operar en unidades de salud y centros hospitalarios acreditados [4, 10].

En cuanto a su política en las relaciones de trabajo, el SP se ha inclinado por tomar como principio rector a la flexibilización laboral a través del ejercicio de nuevas formas de contratación (individual, temporal y terciarizada), de pago (por honorarios) y de recompensas (liga-

* Un salario mínimo al día es de \$64.76 pesos y su equivalente en dólares americanos es de 5.12 (Tipo de cambio interbancario al 21 de febrero de 2013, 12.64 pesos por dólar).

† El IMSS es el sistema de seguridad social de los trabajadores que cuentan con un empleo formal y es financiado por el Estado, los empresarios y los trabajadores.

das al desempeño), lo que ha marcado una fuerte tendencia a la precarización del trabajo y el empleo (salarios, prestaciones e inestabilidad en el empleo) [1]. De esta manera, las nuevas políticas en la prestación de servicios de salud y las nuevas relaciones de trabajo surgidas con la puesta en operación del SP han configurado una serie de condiciones psicosociales negativas de trabajo. Destacan las relativas a las demandas del trabajo, principalmente la sobrecarga y el trabajo bajo presión [9] y la falta de infraestructura y recursos humanos [4].

Las afectaciones más comunes son las enfermedades de origen cardiovascular, daños del sistema osteomuscular y tendinoso, trastornos en el estado de ánimo, como depresión y ansiedad, y el síndrome del desgaste por el trabajo [11, 12]. Dichas afectaciones tienen un origen común ligado al distrés por el trabajo [13] y, de alguna manera, en el incremento de situaciones y comportamientos de violencia y acoso psicológico en el trabajo [12, 14].

En lo que respecta al modelo de los DSS, este fue concebido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y plantea la existencia de un vínculo indisoluble entre el contexto socioeconómico, las políticas socioeconómicas imperantes en un país y la estructura social, la posición socioeconómica y la clase social de los individuos. A esta relación se la denomina “determinantes estructurales de las desigualdades en salud” [15], mientras que a las circunstancias materiales, las conductas y los condicionamientos biológicos y psicosociales se los denomina “determinantes intermedios de la salud” [16].

Así, pues, con base en las premisas de los DSS, la implementación y operación del SP corresponde al rumbo que han tomado las políticas de salud en México, mientras que las condiciones de trabajo[‡] son los avatares cotidianos a los que se enfrentan los empleados de la institución de salud estudiada en el ejercicio de sus tareas.

Metodología

El modelo metodológico utilizado en este estudio cualitativo fue la sociología fenomenológica de Schütz que tiene por propósito el análisis de la vida cotidiana a partir del estudio del sentido subjetivo de las acciones humanas [17, 18]. La descodificación de estas se logra a través de conocer con la mayor precisión posible las experiencias del otro. Dicha tarea solo puede conseguirse teniendo acceso a las descripciones de los “proyectos y motivos, de (las) significatividades y construcciones” [19] tal y como las vive su creador.

El análisis de la vida cotidiana y las acciones de los actores sociales demanda del investigador la *neutralidad científica* en sus observaciones, que nosotros hemos asumi-

do puesto que nuestro interés único fue identificar, analizar e interpretar las narraciones obtenidas de los participantes.

El vehículo que nos permite *adentrarnos* en la perspectiva del otro es la entrevista en profundidad. A través de ella podemos interpretar y entender el sentido y significado que los entrevistados han construido a partir de sus acciones y, por consiguiente, conocer las afectaciones, favorables o desfavorables, de su interacción con otros actores sociales.

Por otra parte, precisamos que lo que se muestra en este artículo se deriva del proyecto de investigación titulado “El proceso existencial y vivencial de la violencia y el acoso psicológico laboral en empleados de diferentes centros de trabajo de Latinoamérica 2009-2014”, realizado en algunas ciudades de México y en Cali, Colombia; solo se presenta lo concerniente a las narraciones de los empleados de una institución de salud, quienes se auto-percibieron como envueltos en situaciones y comportamientos de violencia en el trabajo y que las refirieron como consecuencia de los procesos de acreditación y certificación de unidades de salud y centros hospitalarios y la implementación del SP en México.

El procedimiento para seleccionar a los participantes y recoger la información constó de dos diferentes estrategias: la primera fue la aplicación de una encuesta a 206 empleados del SES de dos distintas regiones sanitarias en un estado del occidente de México, cuyo propósito fue identificar las condiciones psicosociales negativas en el entorno laboral para lo cual se aplicó el cuestionario de factores psicosociales de Silva, el inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo, el *Maslach Burnout Inventory* y el cuestionario de estrés laboral de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La segunda consistió en la selección de las personas que obtuvieron puntajes negativos altos en las pruebas aplicadas y, particularmente, por haber estado expuestas o participar en situaciones y comportamientos de violencia en el trabajo.

Los sujetos identificados como “caso” fueron 18, 13 mujeres y cinco hombres, con edades entre 25 y 65 años. Seis desempeñaban cargos de dirección; siete, actividades de atención para la salud; tres cumplían funciones administrativas y dos, de mantenimiento. A los *sujetos caso* se los contactó directamente, se les ofrecieron los resultados obtenidos en la encuesta y se los invitó a participar en el análisis fenomenológico de sus experiencias con respecto a sus condiciones de trabajo y la exposición o participación en situaciones de violencia. Se programaron entrevistas con cada uno de ellos en sus sitios de trabajo. Los nombres de los participantes fueron sustituidos por los de deidades griegas.

[‡] En este estudio sólo se abordaron las condiciones psicosociales demandas de trabajo, control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones sociales y recompensas.

La entrevista en profundidad se orientó bajo el enfoque de Lanigan [20] y el método fenomenológico para conocer las descripciones que los trabajadores construían con respecto a las experiencias y vivencias de sí mismos en el ejercicio de su trabajo como empleados de una institución de salud.

En un primer momento se crearon códigos con base en el escenario laboral, los participantes en las situaciones y los comportamientos de violencia, tiempo y lugar de la exposición a situaciones y comportamientos de violencia. Posteriormente, se construyó una explicación de las categorías emergentes de las experiencias y vivencias de los entrevistados con base en el establecimiento de sentido y significado de la información proporcionada [17, 18], ya sea apoyadas en la teoría, en otros estudios o a partir de los datos [21]. El análisis de la información se llevó a cabo por el método de análisis fenomenológico que establece estas etapas: previa o de clarificación de los presupuestos (descritos en la introducción), descriptiva o de obtención de la información (ya descrita en este apartado de metodología) y estructural. Esta última incluyó:

- lectura general de la descripción de la información;

- delimitación de las unidades temáticas naturales: en total, fueron 21 citas textuales, agrupadas en 15 códigos temáticos con los que se conformó el corpus de análisis;
- determinación del tema central que domina cada unidad temática: se identificaron cinco temas o categorías centrales (figura 1);
- expresión del tema central en el lenguaje científico;
- integración de todos los temas centrales en una estructura descriptiva;
- integración de todas las estructuras particulares en una estructura general [22].

Se utilizó el programa Atlas.ti [23] para codificar y analizar los datos obtenidos a través de las entrevistas. Los participantes recibieron información sobre los propósitos de la investigación y se les confirmó su derecho a declinar cuando así lo determinaran. Posteriormente, cada entrevistado suscribió su colaboración a través de una carta de consentimiento informado.

Resultados

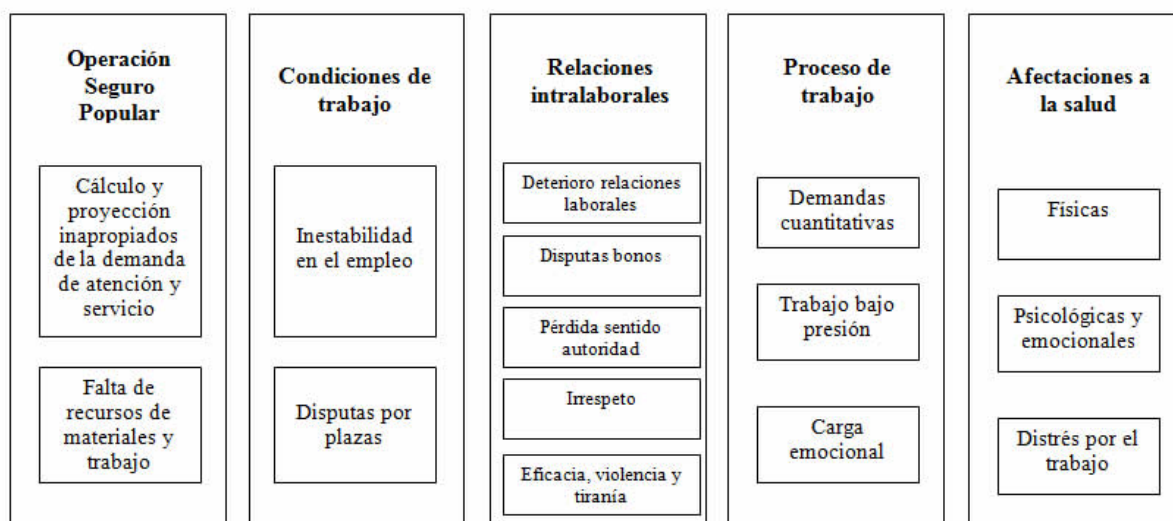


Figura 1. Categorías y subcategorías de las condiciones psicosociales y daños a la salud

Fuente: elaboración propia.

En la figura 1 se muestran las categorías y subcategorías derivadas de las narraciones de los entrevistados con base en sus experiencias y vivencias acerca de los procesos de acreditación y certificación de unidades de salud y centros hospitalarios y la implementación y operación del SP.

Los testimonios con respecto al proceso de acreditación y certificación de unidades de salud y centros hospitalarios y la implementación y operación del SP se caracterizaron por argumentar que ambos procesos no fueron

planeados de manera adecuada y que, debido a ello, la dinámica cotidiana del proceso de trabajo en las unidades de salud y en los centros hospitalarios se vio influida de manera desfavorable por el incremento en las demandas del trabajo, particularmente, el incremento en la solicitud de atención, la sobrecarga de trabajo y el trabajar bajo presión. Asimismo, ello implicó el detrimento de las relaciones entre compañeros y, en algunos casos, la percepción

de deterioro del estado de la salud. Las argumentaciones de los informantes se refieren a los siguientes rubros:

Operación del SP

Comprende las acciones derivadas de la implementación del SP así como las condiciones en que estas se realizan, donde se destacan las cargas laborales y las presiones que vive el personal de salud por parte de sus autoridades. Incluyó el cálculo y proyección inapropiados de la demanda de atención y servicio, así como la falta de recursos y materiales de trabajo.

Cálculo y proyección de la demanda de atención y servicio

Planeación inadecuada

La implementación y operación del SP originó problemas debido a una planeación inadecuada en la que no se calculó el equilibrio entre la demanda de atención y la capacidad de oferta de la institución. En las percepciones de los trabajadores, esto se representa como un programa fallido que tuvo una motivación más política que técnica. Los argumentos esgrimidos se enfocaron en pensar más en el fin sin considerar los medios necesarios para ofrecer el servicio.

Capacidad de atención no prevista

La planeación inadecuada trajo consigo problemas de capacidad de atención. Para Sagitario, médico especialista, la puesta en marcha del SP obedeció más a criterios tecnocráticos que a la capacidad de atención real que se podía brindar.

"La capacidad calculada para (cita una especialidad médica) es atender seis pacientes diarios de consulta subsecuente, y quizás uno o dos de primera vez, lo que daría una productividad de siete, ocho pacientes por día, por cuatro días laborables. Porque lo otro es de enseñanza o de capacitación. Aquí yo tengo 4.250 pacientes que, si los viera al año, tendría que ver 15 diarios, sábados, domingos, vacaciones y días festivos".

Desaprovechamiento de recursos humanos

En algunas unidades de salud no se tenía condiciones de crecer y no se contaba con los espacios de trabajo necesarios para que el personal que laboraba allí se instalara y ejerciera sus funciones. Esta condición ocasionó un desaprovechamiento del personal médico adscrito a unas unidades de salud. Afrodita, enfermera, así lo considera: "llegan doctoras y se tienen que sentar en las bancas a esperar un lugar (un consultorio) para trabajar, y a mí eso, la verdad, se me hace como una verdadera aberración; un recurso médico sentado ahí esperando un lugar".

Falta de recursos y materiales de trabajo

Carencia de materiales de curación y medicamentos

La falta de hasta lo más elemental para prestar el servicio de atención médica fue otro problema reportado: por una parte, personal escaso o mal aprovechado y, por otra, la carencia de materiales de uso diario y medicamentos. "Estamos muy limitados y eso de que el SP nos iba a resolver nuestras necesidades de materiales. No tenemos ni materiales de curación o estamos muy limitados. No se diga medicamentos, ¡no! La gente se va sin su medicina y tiene que volver después" —expresa Atenea.

Incapacidad para satisfacer los requerimientos cotidianos

Otro testimonio, que refiere la falta de equipo de trabajo, fue el de Hermes:

"Sí, obviamente aparte de la acreditación, hay necesidades cotidianas, ¿no? Entonces, de repente, en lo que yo observaba es que venía un doctor o una enfermera o un enfermero y "Oiga, sabe qué, necesito que me dé un estetoscopio. El mío ya no funciona y la verdad es que lo necesito para hacer mi trabajo". "No tenemos" —le respondí—. O sea, había veces que se tenía que negar el servicio".

Escasez de personal de base

Una de las características de las nuevas políticas de trabajo y empleo es la subcontratación. Los empleos generados por esta vía son generalmente precarios en cuanto a las prestaciones y otorgamiento de seguridad social. Esta condición se ha popularizado en las instituciones públicas y se busca operar con el menor número de personal con contrato por tiempo indeterminado, lo que genera, dentro de las plantillas, una división entre el personal de base y el de contrato temporal. Sagitario señala ambos extremos: para el personal con contrato de base, "la gente dice: '¡Es que nos traen de arriba abajo [...] es que son muchos programas y somos los mismos!' Me he sorprendido, porque yo pensé que había más personal. Me he sorprendido. Por centros de salud, los de base son tres, cuatro, cinco máximo".

Con respecto a las subcontrataciones: "Hay muchas contrataciones que están haciendo en un número mayor al de personal de base que se tiene. Firman contrato y firman renuncia y están supeditadas al capricho y a la voluntad de los administrativos, de los jefes. Es un personal que está absolutamente desprotegido".

Condiciones de trabajo

Descripción del ambiente y clima laboral como producto de la implementación del SP y las exigencias que de éste se derivaron. Los temas más destacados fueron la

inestabilidad en el empleo, además de las disputas por la obtención de plazas de trabajo.

Inestabilidad en el empleo

Ya se mencionó que la subcontratación se ha convertido en una de las modalidades más socorridas, tanto en empresas privadas como en centros laborales públicos. El impacto que ello generó en las percepciones de los entrevistados alude a la inestabilidad en el empleo. Perséfone comentó: “Estás con esa incertidumbre de que en cualquier momento tu contrato se puede acabar; si no cumples adecuadamente con tus horarios, con tu trabajo, con tu productividad, será difícil que te contraten de nuevo”.

Disputas por plazas directivas

Otra más de las peculiaridades de las instituciones burocratizadas es la conformación de cotos de poder, donde los puestos directivos son espacios clave para el ejercicio del poder y del control, por lo cual conservar o ganar posiciones es condición para hacer valer sus intereses. De tal forma, colocar en puestos claves a personas con las que se pueda contar de forma incondicional es estratégico.

En este caso, lo expresado por Zeus ilustra ese tipo prácticas, en que incluso se puede pasar por encima de los derechos de los trabajadores (tal y como le sucedió a él), “pues la dirección de (menciona el nombre de un hospital en una población)... (era atractiva) porque era el único hospital que tenía plantilla completa por lo del Seguro Popular y [...] eso quiere decir que era un hospital que podía dar buenas respuestas y que estaba fácil de manejar”.

Relaciones intralaborales

Es la caracterización de las formas de comunicación e intercambios sociales entre los profesionales de la salud que se presentaron después de la implementación del SP. Entre estas se destacó el deterioro relaciones sociales, las disputas que surgieron por hacerse acreedores de bonos de productividad, la pérdida del sentido de autoridad y la falta de respeto entre los compañeros, así como el énfasis de la eficacia laboral con su consecuente aumento en actos de violencia y tiranía.

Los cambios en la organización y las relaciones en el trabajo que ocasionó la puesta en marcha del SP derivaron en:

Deterioro de las relaciones sociales en el trabajo

Ante la falta de material y equipo de trabajo, se volvió frecuente que se generaran confrontaciones entre los compañeros de trabajo, puesto que, ante tal carencia de insumos y equipo, los reclamos se originaron bajo el argumento de que podrían verse afectados en la consecución de sus metas diarias.

Enfrentamientos por ganar bonos de productividad

Quienes laboran en unidades de salud y centros hospitalarios acreditados están obligados a atender y mantener criterios de productividad muy precisos. Dichos lineamientos ahora regulan el acontecer cotidiano en la prestación de servicios médicos y, en un elevado número de instituciones, cubrir con los estándares mínimos de productividad está ligado a la posibilidad de obtener recompensas extras al salario. En tal caso, los trabajadores deben competir entre ellos por la obtención de ese beneficio. Deméter describió una situación en la que un grupo de médicos acordaron una estrategia para “frenar” a una compañera que, dada su alta productividad, ponía en riesgo la obtención del bono de reconocimiento.

“Se peleaban con ella por la productividad; es que como nos piden que hagamos tantas consultas diarias y, por ejemplo, en la mañana se dan fichas y todo mundo va y dice: “A mi deme con [nombra a la médica en cuestión]”, y eso implica que los otros no tengan la productividad que ella. Los otros médicos pensaban que ella lo hacía a propósito y decían: “Debemos de hablarla porque eso nos perjudica”.

Pérdida del sentido de autoridad

Otra más de las afectaciones para la organización y las relaciones intralaborales fue la pérdida de sentido de la autoridad. Esto se manifestó, según los entrevistados, de dos formas: de la autoridad al autoritarismo y desconocimiento de la autoridad:

De la autoridad al autoritarismo

Con la implementación del SP se han generado presiones extras para los directivos, quienes han tomado como recurso la interpretación y uso discrecional de la normativa institucional y la han aplicado de una manera tal que los subordinados califican como amenazante la posición asumida por algunos directivos.

Para Atenea, el uso y aplicación de los reglamentos de trabajo llegó a realizarse con la intención de favorecer o perjudicar a los subordinados. Explicó cómo algunos directivos o jefes utilizan su posición para intimidar a sus subordinados o “premiar” a sus incondicionales.

“[...] en algún momento dado muchos jefes lo hacen, protegiéndose en que supuestamente están alineándose a las condiciones generales de trabajo, pero que llevan la intención de agredir a la persona. Puedes tú tratar de tomarte tus víctimas, o sea de que dices: “pues con este”. O sea: a este lo voy a agredir [...] este no me cae, entonces ¡sobre de él! Y te irías aplicándole toda la normatividad, cuando a otro no se la aplicas.”

Desconocimiento de la autoridad

Una queja recurrente en los testimonios de los entrevistados fue la imposición de cargos. En los ambientes de trabajo burocratizados, es común que no se recurra a

criterios de competencia profesional para asignar cargos directivos. En el caso de la institución donde se realizó la investigación, esto lo conocen todos sus integrantes. El resultado puede ser una colaboración condicionada o escasa. Isis lo refirió así: “Mire, doctor, yo creo que debería tener más cuidado con lo que dice porque yo se lo estoy diciendo a usted de frente y delante de las personas. Usted no está por capacidad en su puesto. Lo sabe mejor que nadie: está por recomendación”.

Pérdida del respeto entre compañeros

Algunos testimonios de los entrevistados se enfocaron en señalar la pérdida de respeto entre compañeros de trabajo como uno de los quebrantos que acarreo el trabajar bajo presión y el incremento en la carga de trabajo. Se señalaron desde el deterioro de la comunicación hasta la ruptura de las relaciones sociales en el trabajo. Incluso algunos trabajadores establecieron un nexo entre la sobrecarga de trabajo, las exigencias que implicaba cumplir con el número de pacientes por día y la búsqueda en la obtención de una recompensa económica por concepto de productividad.

Eficacia, violencia y tiranía

Esta es una de las implicaciones negativas de lo que algunos de los entrevistados consideran una vez que en las organizaciones laborales se exige eficacia y eficiencia y cuando no se tiene la precaución de capacitar a aquellos que tendrán personal a cargo. Para Sagitario, se inculca un germen que puede desestabilizar a los directivos o funcionarios de una institución:

“Pero así lo entiendo porque de pronto cualquier ser humano empieza a sentirse eficaz y empieza, y empieza a trabajar en el asunto de la eficacia y se vuelve un tirano. ¡Es que así se hace! [...] cuando empezamos a ser eficaces y empezamos a ser poderosos [...] entonces empezamos a volvernos tiranos”.

Proceso de trabajo

Calificación de los las acciones laborales que resultaron impactadas con la implementación del SP y las cargas laborales implicadas. Incluyó las demandas cuantitativas, el trabajar bajo presión y la carga emocional.

Las condiciones descritas se manifiestan en el incremento de las cargas de trabajo para el personal de las unidades de salud y centros hospitalarios, principalmente las del orden cuantitativo.

Demandas cuantitativas de trabajo

Las cargas cuantitativas se caracterizan por la correlación entre cantidad de trabajo y tiempo disponible para hacerlo. Pueden convertirse en un riesgo para la salud de los trabajadores cuando estos se ven limitados en tiempo

para realizar la tarea, si esta debe ejecutarse a un ritmo rápido o que rebase su capacidad de ejecutarla, si en la jornada de trabajo es imposible realizar pausas o descansos y cuando se debe realizar trabajo adicional.

Al respecto, los testimonios de los entrevistados se distinguen por el trabajo adicional y el tiempo insuficiente para realizarlo. Atenea comentó:

“La dinámica esta de la situación de conflicto en el SP hizo que hubiera mucho trabajo [...] pues así como que el tiempo no les rendía. Necesitarían jornadas de 16 horas para hacer lo que tenían que hacer. Era mucho trabajo para el tiempo del que disponían”.

Trabajo bajo presión

El crecimiento en la demanda de atención de los derechohabientes generó que el personal médico y de enfermería experimentara presión por el trabajo, una vez que la carga de trabajo iba aparejada al sentimiento de saturación de los trabajadores y los reclamos de los demandantes del servicio al negárseles la atención.

[...] me dan media hora antes de entrar al trabajo y media hora después para que pueda llevar a mi hija para que me la cuiden, pero no lo tomo porque no alcanzo a ver a todos los pacientes. Es mucha la presión que siento; nunca salgo a las tres. Tres y media o cuatro hasta que termino [...] no me voy temprano, no me puedo retirar temprano porque no he terminado, porque todavía tengo pacientes que atender” (Isis).

Carga emocional

Las demandas emocionales por el trabajo se caracterizan por someter al personal médico a un control de sus emociones y a la ecuanimidad en su comportamiento:

“Por una parte, el usuario del servicio se convierte ahora en un derechohabiente exigente y, con razón, muchas veces te maltrata; y, por otra, en vez de que tú veas de ocho a diez pacientes, ves de 25 a 30. ¡Pues claro!: llega un momento en el que el médico dice: ‘¡Ya basta también!, ¿no?’” (Andrómeda).

Afectaciones a la salud

Estas afectaciones se entienden como las manifestaciones físicas y emocionales ocasionadas por la exposición a los procesos de trabajo mencionados. Se señalan las afectaciones físicas, psicológicas y emocionales, además del distrés por el trabajo.

Los procesos de acreditación y certificación para poner en marcha el SP, como determinantes sociolaborales de la salud de los trabajadores entrevistados, se ven reflejados en las afectaciones que los trabajadores implicados nos expresaron. Todas ellas tienen en común la participación o exposición a situaciones y comportamientos de violencia en el trabajo. Con base en las per-

cepciones y sintomatología expresada por los entrevistados, los agravios en el estado general de salud fueron tanto del orden físico, como afectivo y emocional.

Manifestaciones físicas

La mayoría de las manifestaciones relatadas por los entrevistados, quienes percibieron un deterioro en su estado de salud física, fueron:

- migraña;
- taquicardia;
- hipertensión arterial; dolores musculares, principalmente cuello, hombros y espalda;
- cefalea;
- preinfarto;
- dermatomiositis;
- estrés laboral;
- afecciones del tracto respiratorio alto

Afectaciones psicológicas y emocionales

Estas comprendieron configuraciones variadas, entre las que destacan:

- Desgaste emocional y anímico

Zeus, una vez que enfrentó un proceso intento de cambio de sitio de trabajo, describió: “Pues yo sufrí un desgaste en mi estado emocional y de una manera anímica muy fuerte; me sentí nada”.

- Pérdida de motivación por el trabajo

Hera, ante un ambiente laboral cargado de presiones por la sobrecarga de trabajo y las exigencias familiares por su condición de madre trabajadora, cayó en un estado de desinterés por el trabajo: “Era eso de ya no querer trabajar; de ‘¡Ay, voy a trabajar!’; y meterme a bañar. [...] no eran movimientos rápidos, eran movimientos lentos. No tenía ganas”.

Atenea expresa algo similar, pero en cuanto a la percepción del grupo ante las adversidades e inconsistencias entre las exigencias laborales y los recursos disponibles para realizar la tarea: “Creo que fue una desmotivación progresiva. La institución siempre ha tenido que trabajar con muy pocos recursos, entonces a la gente eso le desmotiva tremendamente. O sea: por un lado, te exigen lograr determinadas metas, rendimientos y todo, pero no te dan con qué”.

- Minusvalía y depresión

Isis, Hera, Sífides, Atenea, Deméter y Zeus refirieron que los habían golpeado en su autoestima y que se autopercepcionaron deprimidos a causa de las situaciones y comportamientos recibidos. A continuación, el testimonio de Isis: “Sufro de depresiones cuando suceden cosas de este tipo; casi todo el tiempo trato de ser feliz, pero sí me deprimó y me cuesta mucho trabajo para volverme a activar”.

- Sentirse como una cosa

Para Zeus fue tan desgastante el proceso de disputa laboral por conservar su plaza en un centro hospitalario, que nos dijo: “Me sentía como que el corazón ya no me

respondía. Esto es el final. ¡Otro infarto! y de ahí ya no voy a salir. Eso psicológicamente te mata ¿no? [...] De sentirte cero. Del ser a no ser; en ratos sentía que era una cosa, que ya no era persona”.

Distrés por el trabajo

De los 18 entrevistados, solo cinco no refirieron en sus relatos que se hubieran sentido sometidos a distrés. Solo Sífides atribuyó al estrés a haber padecido una enfermedad y, al tiempo, la ligó a una condición laboral específica: la sobrecarga de trabajo. “Me decían: ‘¡Urge esto, urge!’”, y me quedaba haciendo el trabajo sin tomar alimentos. A raíz de eso tuve una situación de enfermedad que se llama dermatomiositis, y que no saben de qué aparece, pero la única posibilidad es el estrés”.

Discusión

Las políticas macroeconómicas neoliberales aplicadas en México desde finales de los ochentas se ha manifestado en una serie de cambios en las políticas sociales y públicas, que han trastocado las formas de relación y los procesos para generar bienes y prestación de servicios. En el ámbito de la salud se han gestado condiciones de trabajo que no garantizan *prácticas justas de empleo y trabajo digno* [15], tal como lo dispone la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud [CDSS] de la OMS.

En ese sentido, los hallazgos obtenidos permiten calificar las condiciones de trabajo y empleo de los entrevistados como precarias, toda vez que no se garantiza un entorno profesional saludable para dicho gremio. Esta afirmación se sustenta en la vigencia de un proceso de trabajo caracterizado por las demandas cuantitativas, la sobrecarga emocional, el trabajo bajo presión, el deterioro de las relaciones intralaborales y el detrimento en el bienestar y la salud de los trabajadores. Su materialización se da en los procesos de acreditación y certificación de las unidades de salud y centros hospitalarios.

Con relación a otros estudios, coincidimos con Acosta-Fernández [12], Feo, Betancourt y Rodríguez [25-24], quienes califican de indignas y precarias las condiciones de trabajo predominantes en la globalización (modelo económico en el que se inspiró la implementación del *sp*). Puesto que los testimonios de nuestros entrevistados reflejan la filosofía neoliberal citada por Tomasina [27] de “extraer el mayor valor posible” y el deterioro creciente de las condiciones de trabajo y de empleo; el trabajo excesivo y la inestabilidad en el empleo respectivamente. De igual manera, compartimos lo expresado por Ospina [28] en cuanto a la relación entre precarización del empleo y sobrecarga de trabajo, al considerarlo como una fórmula que genera mucho desgaste físico y mental en quienes la sufren.

Por otra parte, nos remitimos a los trabajos Quinlan [29] con respecto a los efectos del empleo precario en la salud de los trabajadores, donde señala las secuelas que las reestructuraciones organizacionales, las disminuciones de personal y los tipos de contratación indirecta pueden generar en perjuicio de la salud de los trabajadores. En la implementación y operación del SP, bien pudo identificarse la presencia de las tres condiciones señaladas, y su corolario se expresó en la “intensificación del trabajo” como resultado de la reducción de la plantilla, y este, según Cruz, Chaves, Barcellos, Almeida, de Oliveira y Pedrão [30], al convertirse en “trabajo extendido” se expresa como una condición psicosocial negativa para el trabajo, tanto porque puede interferir en la cantidad de tiempo que el empleado desee entregar a otras actividades fuera del trabajo, como por el pernicioso efecto acumulativo de las horas que se le restan a su descanso.

En cuanto a los factores relativos a la organización y administración, pudimos constatar que el deficiente cálculo y proyección que se estimó en la puesta en marcha del SP no generó lo planteado por Kortum-Margot [31], cuando afirma que, como consecuencia de los cambios organizacionales tan constantes en el mundo del trabajo, puede considerarse que el “estrés laboral es un mal necesario”. Nosotros partimos de lo contrario: los cambios estructurales y en la organización generaron en los trabajadores un desgaste psicológico y emocional que, incluso, fue calificado como “sentirse como cosa”, en palabras de uno de los entrevistados.

En cuanto a las demandas del trabajo, específicamente la sobrecarga cuantitativa y el trabajo bajo presión, conseguimos resultados afines a los presentados por Zelaschi [32], Gil-Monte, García-Jueas y Caro [33], Lozada [34] y Carvallo [35]. También encontramos una relación entre transformación del modelo de salud, las exigencias de los usuarios y la sobrecarga, tal y como lo presenta De Negri [36], cuando ilustra el empoderamiento de los usuarios y la sobrecarga del personal de salud como consecuencia de la transición del sistema de salud en Brasil.

En lo que respecta a las nuevas identidades laborales que se están configurando con respecto de los trabajadores como consecuencia de las reformas en las políticas de salud y laboral, consideramos que las condiciones de los trabajadores subcontratados adscritos al SP hacen de ellos —como lo plantea Barattini [37]— meros “proveedores de servicios con obligaciones y no trabajadores con derechos”, puesto que, en oposición a los beneficios de los trabajadores de base del SES, generó entre estos y los empleados del SP un distanciamiento y una pugna que desvió a ambos grupos del reconocimiento de los agravios que les representa coexistir en una nueva cultura organizacional. Pareciera que ni unos ni otros fueran considerados como personas vulnerables, tanto física como psicoemocionalmente, ni como seres humanos

con necesidades reales y concretas más allá de las que se pueden satisfacer con y por el trabajo.

En cuanto a las relaciones intralaborales, nosotros los representamos en el deterioro de las relaciones sociales en el trabajo y la pérdida de respeto entre compañeros, tal como lo identificaron Martínez y Preciado [11] en trabajadores docentes. En este sentido, la principal novedad que nos ofrece un estudio como este tiene que ver principalmente con recuperar la experiencia de los directamente involucrados, pues se recrearon las percepciones de los entrevistados con respecto a sus condiciones psicosociales de trabajo y las alteraciones en su salud y bienestar. De esta forma, estamos seguros de que recuperar la experiencia de los directamente involucrados como dice Luna [38] “sea a través de estudios de caso” fenomenológicos, etnográficos o de cualquier procedencia cualitativa; es una herramienta metodológica que permite al investigador instalarse muy próximo al terreno mismo de los hechos, pues pudimos conocer “en profundidad” cómo vivenciaron y sintieron los “propios actores” el proceso de certificación y la operación del SP.

Por consiguiente, con referencia a los planteamientos expresados por Wilkinson y Marmot [39] en torno a los DSS y su expresión en hechos incontrovertibles, planteamos:

Las relaciones de empleo descritas por los entrevistados, aunque enmarcadas en un contrato y en las disposiciones legales y regulatorias vigentes en el país, pueden propender a la desigualdad y vulnerar la salud de los trabajadores. Sobre todo, en el caso de la firma simultánea de un contrato de incorporación y de renuncia al empleo.

La desregulación del trabajo y el empleo como “políticas de ajuste macroeconómico” preconizan la flexibilización laboral, de lo cual emanan condiciones de empleo que pueden resultar no saludables. Tal fue el caso de los tipos de contratación temporal en los empleados del SP, puesto que no ofrecen certeza de estabilidad y pleno empleo.

La exposición a condiciones negativas de trabajo en general —y psicosociales en particular— (sobrecarga, trabajo bajo presión y carga emocional) se manifestó como situaciones y comportamientos de violencia, distrés laboral y desgaste emocional y anímico en los entrevistados. En este caso, es recomendable enfocarse más allá de la fragilidad y vulnerabilidad individual; es preeminente la actuación y contención desde sus determinantes contextuales y organizacionales.

Luchar por la calidad del entorno social en el trabajo debiera ser un imperativo presente en las políticas de trabajo y empleo. Empleo justo y trabajo digno son condiciones necesarias para “fomentar y reducir las desigualdades en salud” [40].

Las limitaciones del estudio quedan expresadas en que se recogieron las impresiones de pocas personas y, específicamente, de aquellas que obtuvieron resultados negativos altos en la identificación de condiciones psicosociales en el trabajo y que se habían visto envueltas

en situaciones y comportamientos de violencia. Para mayor profundización sobre las implicaciones que ocasionan las transformaciones en el proceso y las condiciones de trabajo en las organizaciones, sería deseable incluir a una mayor cantidad de personas. Sin embargo, como ya se mencionó, el propósito investigativo inicial fue precisamente identificar las condiciones psicosociales de trabajo desfavorables y la exposición a situaciones y comportamientos de violencia. Ello nos permitió, de manera paradójica, encontrar en la profundidad de las narraciones de los entrevistados el papel que cumplieron, para ellos y en su salud, los procesos de acreditación y certificación de unidades de salud y centros hospitalarios y la implementación del SP.

Conclusiones

El análisis de las condiciones psicosociales de trabajo debe partir, como lo plantea Tomasina [41], del “contexto social, económico y político” en el que estas se generan. En nuestro caso, la instauración del SP no puede desligarse de las directrices que México ha tenido que atender como miembro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) y las políticas económicas impuestas por el Banco Mundial.

La planeación inadecuada del SP, expresada en la incapacidad de atención y la falta de recursos y materiales para otorgar el servicio, nos permite suponer, tal y como lo expresa Laurell [4], que la implementación y operación del SP obedeció más a criterios tecnocráticos que sanitarios y se obvió lo que ello podía implicar en la gestión misma del programa en la atención de usuarios, las relaciones intralaborales y las condiciones de trabajo.

El incremento en la demanda de atención generó una sobrecarga cuantitativa de trabajo, lo que enfrentó a los trabajadores a la presión de los demandantes del servicio.

Las relaciones entre compañeros de trabajo se tornaron, más que colaborativas, competitivas. Más orientadas al beneficio personal que a brindar una atención de calidad. El ejemplo más ilustrativo fueron los enfrentamientos por hacerse acreedores de “bonos de productividad”. Con ello se consigue el propósito de la globalización neoliberal de la *personalización de los salarios* y la *descolectivización* de las relaciones empresa-trabajadores.

En cuanto a las afectaciones a la salud, el proceso de certificación de las unidades de salud y centros hospitalarios y el SP hacen la función de determinantes sociolaborales de la salud de los trabajadores, pues ilustran una serie de circunstancias materiales, comportamientos y condicionamientos psicosociales explicitados en las percepciones de detrimento del estado general de salud de los

entrevistados. Las manifestaciones obedecieron a un patrón de afectaciones físicas y psicológicas y emocionales.

La participación o exposición a situaciones y comportamientos de violencia en el trabajo fue una de las constantes expresadas por los entrevistados.

El estudio de las condiciones de trabajo no es suficiente para la identificación de daños a la salud. Es imperativo incluir el análisis y discusión de las condiciones de empleo⁸.

De tal manera, en el estudio de las condiciones psicosociales de trabajo y de empleo y las afectaciones a la salud de los trabajadores debe considerarse que estas tienen una determinación social que deberá buscarse en el modelo económico imperante en el mundo entero: la globalización neoliberal.

Se sugiere la realización de estudios de corte cualitativo para conocer a fondo las percepciones de los trabajadores, puesto que es en su subjetividad donde se manifiesta el desgaste psicoemocional cuando enfrentan condiciones psicosociolaborales adversas.

Referencias

- 1 Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Aguilar-Martínez ME, Bejarano-Arias R. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *salud pública de México*. 2012; 54(6):616-23.
- 2 Laurell AC. Dos décadas de reformas en salud. Una evaluación crítica. En: Conferencias: VII Congreso Internacional de Salud Pública. “Políticas públicas y sistemas de salud: Perspectivas para las Américas”. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia; 2011. p. 1-29.
- 3 Brito P, Galin P, Novick M. Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud. OPS/OMS, CONICET/UNGS. [acceso 19 de febrero de 2013]. Disponible en: http://scholar.google.es/scholar?q=brito+galin+novick&btnG=&hl=es&as_sdt=0
- 4 Laurell AC, Herrera J. La segunda reforma en salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva* 2010;6(2), 137-148.
- 5 Nigenda G. El Seguro Popular en salud en México: desarrollo y retos para el futuro. No. 68918. Inter-American Development Bank, 2005. p. 1-20
- 6 Tamez S, Eibenschutz C. El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Rev. salud pública* 2008; 10(1): 133-145.
- 7 Secretaría de Salud. [sede Web]*[acceso 19 de febrero de 2013]. Comisión Nacional de Protección en Salud. Historia del Seguro Popular; [3 pantallas]. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=332&Itemid=326
- 8 Secretaría de Salud. [sede Web] [acceso 19 de febrero de 2013]. Comisión Nacional de Protección en Salud. Afiliación histórica; [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://seguro-po->

⁸ Se entiende como condiciones de empleo al resultado entre estabilidad/precariada, definitividad/temporalidad y formalidad/informalidad de la relación de empleo entre compradores y vendedores de fuerza de trabajo.

- pular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=481
- 9 Torres-López TM, Acosta-Fernández M. Acoso psicológico en el trabajo: desde el punto de vista de los presunto perpetradores. Colombia: Departamento de Publicaciones, Universidad Libre; 2013.
 - 10 Secretaría de Salud. Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud; 2012.
 - 11 Martínez S, Preciado ML. Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómeno emergente. *Psicología y Salud* 2009; 19(2):197-206.
 - 12 Acosta-Fernández M. El acoso moral en el trabajo y el estilo personal en el manejo de conflictos en los trabajadores administrativos y de servicios del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, Jalisco, México. [Tesis doctoral]. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara; 2005.
 - 13 Acosta-Fernández M. Distrés y salud en el trabajo. *Revista Universidad de Guadalajara [en línea]* 2002 [fecha de acceso 16 de agosto de 2012]; 23. URL disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art6dossier23.html>
 - 14 Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco MA, Pozos-Radillo BE. Relación entre acoso moral en el trabajo y estilo interpersonal en el manejo de conflictos. *Ciencia & Trabajo* 2009; 11(31): 14-17.
 - 15 Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. (WHO/IER/CSDH/08.1). Geneva: World Health Organization; 2008.
 - 16 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Documento de referencia 2: Sub-sanar las desigualdades en una generación -¿Cómo? Organización de Naciones Unidas; 2007.
 - 17 Schütz A. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires:Amorrortu; 1973.
 - 18 Schütz A. La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva. España: Paidós Básica; 1993.
 - 19 Ruiz J, Ispizúa MA. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. España: Universidad de Deusto; 1989. p. 45.
 - 20 Lanigan RL. Phenomenology of communication: Merleau-Ponty's thematics in communication and semiology. Duquesne: University Press; 1988.
 - 21 Boyatzis RE. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. London: SAGE; 1998.
 - 22 Martínez M. Comportamiento Humano. México: Trillas 2ª ed.; 2006.
 - 23 Muhr T. Scientific Software Development's ATLAS-ti. Visual qualitative data. Version 6. Berlin: Scientific Software Development; 1997.
 - 24 Feo O. Conferencia. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. En: II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental. Bahía, Brasil; 2002.
 - 25 Betancourt Ó. Globalización y salud de los trabajadores. *Rev Salud de los Trabajadores* 2003; 11(1): 53-63.
 - 26 Rodríguez C.A. Transformaciones en el mundo del trabajo en el contexto de la crisis global. En: Luna J, Cuspoca, D.J. Vázquez, L.C. comps. Trabajo, Crisis Global y Salud. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p.37-46.
 - 27 Tomasina F. Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Revista de Salud Pública* 2012;14, 56-67.
 - 28 Ospina E. Crisis y salud laboral de los trabajadores y trabajadoras. En: Luna J, Cuspoca DJ, Vázquez LC. comps. Trabajo, Crisis Global y Salud. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010 p. 103-113..
 - 29 Quinlan M. Efectos del empleo precario en la salud y la seguridad en el trabajo. *Organización Mundial de la Salud. Red Mundial de Salud Ocupacional* 2001/2002; 2. p. 3.
 - 30 Cruz M, Chaves M, Barcellos D, Almeida L, de Oliveira I.A & Jorge Pedrão, L. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*.2010;26(1), 52-64.
 - 31 Kortum-Margot E. Factores psicosociales que influyen en el trabajo. Programa de Higiene del Trabajo. Organización Mundial de la Salud. *Red Mundial de Salud Ocupacional* 2001/2002; 2:7-10.
 - 32 Zelaschi MC. Disciplina y Control en el proceso de trabajo. En: Drolas A, Montes J, Picchetti V. Relaciones de poder y trabajo. Las formas contemporáneas de explotación laboral. Buenos Aires: Poder y Trabajo, editores; 2007. p. 159-179.
 - 33 Gil-Monte P, García-Jueas JA, Caro M. Influencia de la sobrecarga laboral y la auto-eficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interam. J. Psychol.* 2008; 42(1): 113-118.
 - 34 Lozada MA. Condiciones de trabajo de los profesionales de medicina y enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito. En: Luna J, Cuspoca DJ, Vázquez, LC. comps. Trabajo, Crisis Global y Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 215-220.
 - 35 Carvallo B. Condiciones de las enfermeras como trabajadoras de la salud. En: Luna J, Cuspoca DJ, Vázquez LC. comps. Trabajo, Crisis Global y Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 231-239.
 - 36 De Negri A. La realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud. El caso del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. En: Luna J, Cuspoca DJ, Vázquez LC. comps. Trabajo, Crisis Global y Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 125-148.
 - 37 Barattini M. El trabajo precario en la era de la globalización. *Polis, Rev de la Universidad Bolivariana*, 2009; 24:17.
 - 38 Luna J. Globalización y Salud de los Trabajadores. *Boletín del Observatorio en Salud* 2009; 2(5): 2-11.
 - 39 Wilkinson R, Marmot M. (eds) Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
 - 40 Benach J, Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. España: Icaria Editorial; 2010.
 - 41 Tomasina F. ¿Cuál es la realidad de las condiciones de trabajo de los que cuidan la salud? En: Luna J, Cuspoca DJ, Vázquez LC. comps. Trabajo, Crisis Global y Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. p.205-213.