

Trabajo, salud y régimen contractual en personal de enfermería: un enfoque psicosocial

Work, health and contractual regime of nursing staffs: A psychosocial approach

Trabalho, saúde e regime contratual para pessoal de enfermagem: um foco psicossocial

JUAN GUERRERO*, GUILLERMO PULIDO**

Resumen

El cooperativismo asociado ha sido el mecanismo predilecto de flexibilización laboral en el sistema de salud colombiano. No obstante, pese a las múltiples referencias de sus efectos negativos en las condiciones laborales, no se ha llevado a cabo una investigación específica acerca de sus efectos sobre la salud del personal de enfermería. La presente investigación tiene como objetivo definir y comparar las condiciones de trabajo y salud del personal auxiliar y profesional de enfermería, según la modalidad contractual y demás condiciones sociolaborales relevantes. Participaron 290 enfermeras, entre profesionales y auxiliares, de un hospital público de alta complejidad de Bogotá adscrito a la red de hospitales de la Secretaría Distrital de Salud. Se aplicó una entrevista psicosocial, derivada de instrumentos diseñados o adaptados por la línea de investigación Enfoque psicosocial de la relación salud-trabajo, de la Universidad Nacional de Colombia, además de la medición del perfil lipídico de 176 participantes. Los resultados señalan que las políticas de recursos humanos (contrata-

ción, salario, ascensos, salud ocupacional, capacitación, tiempo libre, etc.) son el factor de mayor influencia negativa en el bienestar del personal de enfermería, principalmente en los cooperados y profesionales. Específicamente, se exponen los principales perfiles riesgo-protección de condiciones de trabajo mediante conglomerados de factores intralaborales, extralaborales e individuales, o macrofactores.

Palabras clave: enfermería, factores de riesgo, salud laboral (fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Associated cooperativism has been the favorite mechanism of labor flexibilization in the Colombian health system. In spite of the multiple references to the deleterious effects on working conditions, no specific research has been conducted about the effects on nursing staffs.

This research is intended to define and compare the working and health conditions of the auxiliary and professional nursing staff according to the contractual modality and other relevant socio-labor conditions. 290 professional and auxiliary nurses from a highly complex public hospital located in Bogota attached to the Network of Hospitals of the District Health Secretariat were subject to a psychosocial interview derived from instruments designed or adapted by the line of research "Psychosocial approach of the health-labor relation", of the National University. The lipid profile of 176 participants was also measured.

* Psicólogo, magister en Salud Pública, profesor, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, jdguerrerog@unal.edu.co Bogotá, Colombia.

** Psicólogo, Ámbito Escolar, Programa de Intervenciones Colectivas, E.S.E. Hospital San Cristóbal, egpulidog@unal.edu.co Bogotá, Colombia.

The results show that human resources policies (contracts, salary, promotions, occupational health, training, leisure, etc.) are factors that cast the major negative influence on the welfare of nursing staffs, mainly in cooperative and professional ones. Particularly, the results present the main working conditions risk-protection profiles through the conglomeration of intra-labor, extra-labor, individual factors or macro-factors.

Key words: nursing, risk factors, occupational health

Resumo

O cooperativismo associado tem sido o mecanismo predileto de flexibilização de trabalho no sistema de saúde colombiano. Contudo, apesar das múltiplas referências de seus efeitos negativos nas condições de trabalho, ainda não se realizou uma pesquisa específica sobre seus efeitos a saúde do pessoal de enfermagem.

Esta pesquisa objetiva definir e comparar as condições de trabalho e saúde do pessoal auxiliar e profissional de enfermagem, segundo a modalidade contratual e outras condições e outras condições sócio-trabalhistas relevantes. Até 290 enfermeiras, entre profissionais e auxiliares, participaram de um hospital público de alta complexidade de Bogotá que faz parte da Rede de Hospitais da Secretaria Distrital de Saúde. Aplicou-se uma entrevista psicossocial, derivada de instrumentos desenhados ou adaptados pela linha de pesquisa “Abordagem psicossocial da relação saúde-trabalho”, da Universidade Nacional, além da mediação do perfil lipídico de 176 participantes.

Os resultados apontam que as políticas de recursos humanos (contratação, salário, ascensões, saúde ocupacional, capacitação, tempo livre, etc.) são o fator de maior influência negativa no bem-estar do pessoal de enfermagem, principalmente nos cooperados e profissionais. Especificamente, expõem-se os principais risco-proteção de condições de trabalho mediante conglomerados de fatores intra-laborais, extra-laborais e individuais ou macro-fatores.

Palabras chave: enfermagem, fatores de risco, saúde do trabalhador

INTRODUCCIÓN

La flexibilización laboral ha sido un continuo en la historia del capitalismo moderno; el abandono del paradigma del Estado proteccionista y el acogimiento del neoliberalismo han impulsado su proliferación (1). Dicha flexibilización ha sido definida como la utilización de formas novedosas de contratación y organización laboral, tendientes a reducir o a maximizar los costos laborales (2). Ha sido clasificada en flexibilización interna, la cual

desbloquea la adscripción rígida de los trabajadores a un puesto de trabajo y a un único modo de desempeñar sus tareas y flexibilización externa, es decir, la continua reducción y ampliación de la nómina mediante la incorporación de personal a través de terceros, subcontratados o suministrados por empresas prestadoras de servicios temporales (3, 4).

En relación con el sistema de salud colombiano, la aplicación de la flexibilización laboral fue posible gracias a la reforma a la salud (principalmente Ley 100 de 1993) y a las diversas modificaciones de la legislación laboral (principalmente la reforma laboral de la Ley 50 de 1990); la primera suministró el componente motivacional y la segunda instauró los mecanismos para flexibilizar.

De esta manera, los servicios médico-asistenciales pasaron de ser financiados con base en la oferta (paradigma proteccionista) a ser financiados con base en la demanda (paradigma neoliberal) (5); es decir, se impuso el “modelo de intervención privada” (6) en la prestación de servicios, pero principalmente en el financiamiento (7). Para Gamboa et ál. (5) hubo un cambio en la lógica económica del sistema: se impone la reducción de costos como un nuevo imperativo productivo. Y como el trabajo es históricamente el factor más sensible de reducir, esto conduce irremediablemente a su flexibilización.

En Colombia, el mecanismo de flexibilización laboral predominante hasta hace poco en el sistema de la salud ha sido el cooperativismo asociado, creado mediante la Ley 79 de 1988 (8), modalidad de flexibilización externa. La característica fundamental de estas cooperativas de trabajo asociado es que sus asociados aportan tanto el capital como la fuerza de trabajo de manera autogestoria (9). No obstante, esta figura se desnaturaliza al ser usada como vía de intermediación laboral (10), ocultando bajo el concepto de “socio” la relación de dependencia y subordinación laboral, mediante el remplazo del contrato de trabajo por un contrato civil. Según Camacho (11), esto supone una desigualdad de condiciones y precariza las condiciones laborales. Al efecto, Farné (12) acuñó los términos “seudocooperativas” y “cooperativas ilegales” para dar cuenta de estas entidades, manipuladas para reducir costos laborales a los contratantes a costa de los trabajadores asociados.

Existe escasa literatura acerca de los efectos de la reforma a la salud sobre el bienestar de los trabajadores de este sector. Se encuentran diversos estudios de carácter exploratorio, adelantados por instituciones como la Asociación Nacional de Enfermeras (6, 13, 14), la Organización Panamericana de la Salud (6, 14) y estudios independientes (5, 7, 16), que dan cuenta de los cambios en las condiciones laborales del personal de enfermería, subsecuentes a las reformas neoliberales. Entre sus principales hallazgos se reporta: 1) aumento de la inestabilidad laboral, 2) deterioro de la protección social (servicio de salud, pensiones, riesgos laborales, etc.), 3) deterioro de los programas de salud ocupacional, 4) salarios inadecuados y significativa pérdida de la capacidad adquisitiva, 5) reducción drástica de la actividad gremial y sindical, 6) aumento del trabajo administrativo y de coordinación de personal entre las profesionales de enfermería, 7) delegación del cuidado en las auxiliares de enfermería, 8) desplazamiento de la fuerza de trabajo hacia la contratación externa o tercerizada y hacia empleadores privados, 9) pérdida de autonomía profesional por supresión de los departamentos de enfermería, 10) acen-tuación del desempleo, subempleo y multiempleo, 11) mayor disparidad proporcional entre la cantidad de auxiliares y enfermeras a favor de las primeras, 12) mayor recorte de personal, 13) aumentos en carga física, mental y laboral, 14) extensión en los horarios de trabajo, 15) mayor presión de tiempo y cantidad en la realización del trabajo, 16) baja cantidad de personal disponible, 17) mayores exigencias de los usuarios, 18) mayor preocupación por la responsabilidad legal del trabajo, 19) mayor estrés, 20) aumento en problemas osteomusculares, 21) aumento en enfermedades crónicas y mentales, 22) aumento en la accidentalidad y 23) insatisfacción laboral.

Los efectos en mención se suman a diversos factores intralaborales que afectan el bienestar y la salud de las enfermeras. Entre estos se cuentan: 1) factores físicos como ruido, iluminación, temperatura, ventilación y radiación ionizante y no ionizante (17); 2) factores químicos como exposición a desinfectantes, esterilizantes, reactivos químicos, látex de elementos de protección, fármacos y anestésicos (18); 3) contaminación biológica (19); 4) bipedestación crónica y manejo de cargas dinámicas y estáticas (6); 5) sobrecarga laboral, especialmente de naturaleza cuantitativa (20-22); 6) conflicto de

roles (23); 7) trabajo a turnos diurno y nocturno (24); 8) factores organizacionales como el *downsizing* o recorte de nómina (25, 26); 9) sobrecarga emocional (25) y nivel de responsabilidad por otros (28); 10) violencia laboral, primordialmente de tipo psicológico o *mobbing* (29); y 11) estilo de afrontamiento evitativo (30).

Como consecuencia de las condiciones señaladas, se han identificado numerosos problemas de salud entre el personal de enfermería: 1) estrés ocupacional y síndrome de *Burnout* (20, 22, 30, 31); 2) contagio de enfermedades como hepatitis (principalmente del tipo B), tuberculosis, varicela, VIH, entre otras (32); 3) vena várice (33); 4) lesiones de espalda (34, 35) y problemas lumbares (36); 5) riesgo cardiovascular (37, 38, 39); y 6) cáncer de mama (40), entre otros.

Como corolario, tomando en consideración las mencionadas condiciones de riesgo ocupacional de la enfermería y las nuevas condiciones laborales surgidas en el marco de las reformas neoliberales, aunadas a la participación del personal de enfermería en la prestación de los servicios de salud en Colombia: cerca del 65% de trabajadores de la salud son auxiliares o enfermeras (14) que cumplen funciones de prestación de servicios, aseguramiento y administración territorial (41, 42), resulta relevante caracterizar los perfiles de riesgo de las enfermeras y auxiliares de enfermería del país y su relación con las nuevas formas de contratación.

MÉTODO

Participantes

Fueron incluidas la totalidad de enfermeras profesionales y auxiliares (290 personas) de todos los servicios de atención de una empresa social del Estado (ESE) de alta complejidad, adscrita a la Red de Hospitales de la Secretaría Distrital de Salud. Los participantes cumplían el requisito de haber estado vinculados a la institución al menos un año continuo anterior a la investigación.

La mayor parte de los participantes tenía entre 27 y 40 años (57%), mujeres (89%), de estratos socioeconómicos 1 y 2 (45%) y 3 (49%). Para el momento de la recolección de datos, el 84% tenía contrato por intermedio de una cooperativa de trabajo asociado; el restante 16% tenía contrato de planta. El 76% de los participantes se

desempeñaba como auxiliares de enfermería y el 24% como enfermeras profesionales. Predominaba el turno nocturno (44%), mañana (28%) y tarde (20%).

Instrumentos

Se usaron tres instrumentos:

1. Entrevista en profundidad. Se centró en temas selectos relacionados con la cotidianidad vital y laboral del personal de enfermería. Se aplicó a representantes de gremios del personal sanitario¹, a 2 auxiliares y una enfermera de la ESE y a la directora de la oficina de talento humano del hospital.

2. Entrevista psicosocial. Se usó una batería de instrumentos diseñados o adaptados durante las últimas tres décadas dentro de la línea de investigación Enfoque psicosocial de la relación salud-trabajo (43, 44, 45). Con esta se evaluaron los siguientes aspectos: a) información sociodemográfica; b) tiempo libre y estilo de vida; c) autorreporte de condiciones intralaborales (p. e. organización del trabajo, percepción de condiciones intralaborales, carga de trabajo y percepción de políticas laborales del hospital); d) cambio tecnológico; e) atribución de accidentalidad y errores en el trabajo; f) estrés de

rol; g) satisfacción laboral; h) participación en trabajo doméstico y dinámica familiar; i) enfermedades personales y autorreporte de síntomas frecuentes; j) evaluación de estrés (estilo de afrontamiento, soporte social, vulnerabilidad al estrés, experiencias recientes intralaborales, experiencias recientes extralaborales y actualización vital); y k) violencia laboral.

3. Perfil lipídico. Se determinaron los valores de colesterol total, lipoproteínas de alta (HDL), baja (LDL) y muy baja (VLDL) densidad, además de triglicéridos. La tabla 1 muestra los valores esperados, de riesgo moderado y de riesgo alto.

Procedimiento

Fase 1: presentación y aprobación de la propuesta. Se sometió a la aprobación de la gerencia del hospital y de los representantes de los trabajadores incluidos en el estudio.

Fase 2: construcción de entrevista psicosocial. El flujo de este proceso fue: 1) determinación de núcleos temáticos relevantes a la salud del personal de enfermería mediante: a) revisión de la literatura especializada, b) entrevistas en profundidad con expertos, c) acervo instrumental de la línea de investigación “Enfoque psicosocial de la relación salud-trabajo”; 2) adecuación de ítems al contexto del personal sanitario, creación de nuevos ítems y subpruebas complementarias; 3) validación

¹ En particular, la presidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), el presidente de la Asociación Nacional de Trabajadores Hospitalarios y el subsecretario de Salud del Distrito.

Tabla 1. Los valores normales, los valores de riesgo moderado y los valores de riesgo alto adoptados corresponden a los estándares del Laboratorio Clínico del Hospital.

Indicadores	Valores de referencia*		
	Valor normal	Riesgo moderado	Riesgo alto
Colesterol total	< 200	200 a 239	= 240
Colesterol HDL	> 45 en mujeres y > 35 en hombres	35 a 45 en mujeres y 25 a 35 en hombres	< 35 en mujeres y < 25 en hombres
Triglicéridos	< 200	= 200	= 200 y relación col. T/HDL > 5 ó HDL < 35
Colesterol VLDL	< 34	= 34	
Colesterol LDL	< 130	130 a 159	= 160

* Todos los valores de referencia tienen como unidad mg/dl.

por un experto y prueba piloto con personal de enfermería no vinculado al hospital.

Fase 3: aplicación de entrevista psicosocial. Se entrevistó privada e individualmente a 290 personas, durante sesiones continuas de 60 minutos dentro de la jornada de trabajo.

Fase 4: recolección de datos lipídicos. Fue financiada y realizada en su totalidad por el hospital. Los participantes fueron 176 personas voluntarias de entre las incluidas en la fase 3.

Fase 5: procesamiento de datos. La depuración, el análisis y el cruce básico de variables, se realizaron con el aplicativo estadístico SPSS 12. Para la determinación y decisión sobre las condiciones riesgo-protección con variables dicotómicas se recurrió a los estadísticos χ^2 , *odd ratio* y Q de Yules. El análisis correspondiente de las variables politómicas se realizó mediante el índice de protección (IDP)²; este se utilizó además para profundizar el análisis de aquellas variables dicotómicas cuyas correlaciones habían obtenido valores significativos (*odd ratio* > 0,4 y χ^2 > 3,84, con significancia del 95%).

El IDP: comportamiento de una variable (factor de riesgo) en una población de referencia (variable politómica); es la diferencia entre la proporción esperada y la proporción observada de casos de un fenómeno de salud en un grupo delimitado (p. e. mujeres, auxiliares de enfermería, etc.) dentro de una población (41); la proporción esperada es igual al peso porcentual del grupo dentro de la población a la que pertenece, y la proporción observada es igual al porcentaje de casos del fenómeno de salud que pertenecen al grupo en cuestión. Es decir, el IDP es una medición de la favorabilidad o desfavorabilidad de la proporción de casos de un fenómeno de salud en un grupo, que parte de la comparación de este con la población general a la que pertenece.

Los cruces se llevaron a cabo teniendo como referencia las siguientes 15 variables maestras, seleccionadas con base en la naturaleza del objeto de estudio y la experticia de la línea de investigación: 1) tipo de contrato, 2) género, 3) edad, 4) estrato socioeconómico, 5) nivel educativo alcanzado, 6) convivencia en pareja, 7) número de personas

económicamente a cargo, 8) ocupación, 9) salario, 10) área de desempeño, 11) turno de trabajo, 12) antigüedad en el hospital, 13) antigüedad en el cargo, 14) antigüedad en el área de desempeño y 15) satisfacción laboral. Todas ellas fueron correlacionadas con las demás variables del estudio (eventos de riesgo).

Debido a la alta cantidad de datos descriptivos recogidos y al significativo número de IDP (aproximadamente 590), que revelan los perfiles de riesgo-protección (ya demostrada la significancia estadística de los cruces de variables correspondientes), se decidió conglomerar estos últimos mediante un constructo que se denominará macrofactor. El *stock* completo de las tablas y gráficos puede consultarse en un reporte de investigación más extenso, salvaguardado en el Laboratorio de Psicología y Salud Ocupacional³.

Un macrofactor es un agregado de factores particulares que tienen influencia en la salud de los trabajadores. Como criterio de agrupación se utiliza la asociación teórica de los factores específicos, según hayan sido definidos por la tradición científica sobre salud-trabajo. Así, factores concretos como el ruido y la temperatura pueden abstraerse en un factor más general, que se denominaría “factores físicos”.

Su magnitud se calcula sumando los valores de riesgo (valores negativos) tomados del IDP obtenido para cada uno de los factores vinculados al macrofactor. El dato de interés es la participación porcentual que tiene cada grupo de participantes (definidos en relación con cierta variable maestra) dentro de la suma total de riesgo en el macrofactor.

No todos los macrofactores resultantes tienen asociación con las variables maestras que definen los grupos de comparación; por ende, para cada variable maestra solo se nombran los macrofactores que sí presentan valores de riesgo estadísticamente significativos. Los principales macrofactores reportados en la presente investigación son:

1. Intralaborales. Corresponden a los factores de cualquier naturaleza, propios del lugar de trabajo. Por su importancia teórica y por su reincidencia en las condiciones de riesgo reportadas, en la elaboración de

² Este índice es parte del capital instrumental de la línea de investigación Enfoque psicosocial de la relación salud-trabajo.

³ Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

estos macrofactores se reconocen principalmente los siguientes componentes: 1) violencia laboral o riesgos relacionados con la interacción y la comunicación interpersonal; 2) políticas de recursos humanos o prácticas empresariales nocivas al bienestar del trabajador; 3) carga de trabajo o demandas que implica la ejecución de tareas (principalmente las que plantean exigencia al componente cognitivo o emocional del trabajador), junto con su autonomía o discrecionalidad al realizar su labor; 4) definición de roles, ambigüedad acerca de los comportamientos esperados en la realización de la labor, o el conflicto entre los roles asignados a los distintos cargos; 5) carga asociada al uso de elementos de protección personal ante riesgo biológico (p. e. incomodidad, déficit, etc.); 6) factores infraestructurales (p. e. déficit en escaleras, puertas, etc.); 7) condiciones físicas de riesgo; 8) carga asociada al uso de tecnología y equipos; y 9) otros factores intralaborales, no clasificables en los macrofactores usados para cada variable maestra.

2. Extralaborales. Corresponde a los factores externos al lugar del trabajo, que en concurrencia con los factores intralaborales influyen en el bienestar del trabajador. En el análisis de ciertas variables maestras se definen dos conjuntos de factores extralaborales: 1) estudiar o trabajar en otro contexto, y 2) los relacionados con la economía, el conflicto familiar o la realización del trabajo doméstico.

3. Individuales. En este caso, corresponde a la afectación de la salud mental y física de los trabajadores, ya sea potencial (presencia de síntomas frecuentes) o actual (presencia de enfermedades). Dada su relevancia, se separan como macrofactor los factores de riesgo cardiovascular de los demás problemas de salud.

RESULTADOS

La tabla 2 muestra los resultados consolidados de participación en los macrofactores, según cinco de las principales variables maestras.

DISCUSIÓN

Es evidente la tendencia del hospital de reducir sus costos laborales mediante la contratación mayoritaria de auxiliares de enfermería y por medio de contratos no laborales a través de cooperativas de trabajo asociado.

Esto lo confirma la asociación entre ocupación y salario ($\chi^2 = 268,8$), entre tipo de contrato y salario ($\chi^2 = 75,4$) y el mayor porcentaje de auxiliares de enfermería vinculadas.

Dicha propensión es coherente con la mayor queja sobre las políticas laborales del hospital y de la cooperativa, en que gran parte de las prácticas empresariales evaluadas fueron calificadas como deficientes por más del 50% de los entrevistados⁴. Según el análisis riesgo-protección: los trabajadores cooperados, las enfermeras profesionales con mayor salario, más jóvenes y que se desempeñan en los servicios quirúrgicos, de neonatología y pediatría, fueron los más afectados.

La violencia laboral y, en particular, el acoso psicológico emergen como otro factor psicosocial de alto impacto en el grupo ocupacional estudiado, ratificando los resultados de otras investigaciones (29). Dicho hallazgo resulta preocupante, debido a las secuelas emocionales, cognitivas, familiares y de rendimiento laboral y empresarial (46, 47). Los grupos más afectados fueron de enfermeras profesionales, que devengan mayor salario y están asignadas a servicios quirúrgicos. La evidente similitud de perfiles de riesgo entre políticas laborales y violencia laboral insinúa una asociación positiva entre la precarización del trabajo y el conflicto interpersonal.

La carga de trabajo se evaluó como moderada por la mayoría de participantes (76%); en contraste, la falta de autonomía fue muy poco reportada, lo cual predice un nivel medio de estrés según el modelo de Karasek (48). En concordancia con algunos estudios (20, 21), se encontraron sobrecarga cuantitativa y exigencias de atención y concentración. Los principales afectados fueron los hombres (enfermeros profesionales o auxiliares) y las enfermeras profesionales, que se desempeñan en áreas de hospitalización, servicios quirúrgicos y urgencias.

Los problemas de definición de roles (principalmente ambigüedad y conflicto) no tuvieron mayor peso en la percepción del estrés. Las auxiliares muestran mayor riesgo en "realización injustificada de tareas de enfermeras profesionales y de otros colegas", pero las enfermeras profesionales tienen mayor riesgo en general, según lo presenta el análisis del macrofactor "definición de roles". Dicho perfil confirma la delegación del cuidado en las

⁴ Versión extensa de la investigación de referencia.

Tabla 2. Personal de enfermería de un hospital de alta complejidad según el riesgo relativo(*) de los macrofactores(**) dentro de cada una de las variables maestras seleccionadas (***) , 2008.

Variables maestras	Políticas de recursos humanos (%)	Carga de trabajo (%)	Definición de roles (%)	Violencia intralaboral (%)	Seguridad ante riesgo biológico (%)	Condiciones físicas de riesgo (%)	Carga asociada a equipos y tecnología (%)	Otros factores intralaborales (%)	Carga extralaboral		Problemas de salud (%)	Riesgo cardiovascular (%)
									Por educación y trabajo (%)	Por cuestiones del hogar y el dinero (%)		
Tipo de contrato	Cooperativa	80,8	0,0					38,9	84,3		0,0	
	Planta	19,2	100,0					61,1	15,7		100,0	
Género	Masculino		100,0					71,1	65,5		53,6	
	Femenino		0,0					28,9	34,5		46,4	
Ocupación	Jefe de Enfermería	91,4	100,0	100,0	100,0			74,8	100,0	0,0	0,0	
	Auxiliar de Enfermería	8,6	0,0	0,0	0,0			25,2	0,0	100,0	100,0	
Salario (****)	1 a menos de 2 SML	22,4	0,0	0,0				6,7	84,3		27,6	
	2 a menos de 3 SML	0,0	0,0	0,0				8,6	15,7		32,9	
	3 a menos de 4 SML	37,2	39,2	24,3	57,3			33,4	0,0		24,2	
	4 o más SML	40,4	60,8	41,5	46,3			51,2	0,0		15,4	
Área de desempeño	Servicios quirúrgicos	25,1	22,8	29,2	65,0	2,3	11,7	15,7	22,7		1,5	7,1
	Urgencias	14,8	23,9	14,9	5,6	19,7	2,2	20,1%	7,7		18,1	1,8
	Sopte administrativo	11,0	3,1	27,7	1,4	0,0	10,5	2,4%	4,6		3,5	9,3

Variables maestras	Políticas de recursos humanos (%)	Carga de trabajo (%)	Definición de roles (%)	Violencia intralaboral (%)	Seguridad ante riesgo biológico (%)	Condiciones físicas de riesgo (%)	Carga asociada a equipos y tecnología (%)	Otros factores intralaborales (%)	Carga extralaboral		Problemas de salud (%)	Riesgo cardiovascular (%)
									Por educación y trabajo (%)	Por cuestiones del hogar y el dinero (%)		
Área de desempeño	Neonatología y pediatría	19,0	4,3	0,0	9,7	18,3	5,5	29,6	0,0		1,5	8,7
	Hospitalización	8,6	37,1	19,1	0,0	9,3	38,9	16,7	27,1		10,2	48,2
	Servicios ambulatorios	12,7	0,0	5,9	0,9	7,9	31,2	8,3	16,9		57,5	14,9
	UCI adultos e intermedios	8,8	8,9	3,2	17,4	42,5	0,0	7,3	21,0		7,7	10,0

(*) Medido en porcentaje. Los porcentajes equivalen a la sumatoria por grupo de comparación de los valores IDP de los factores correspondientes a un macrofactor de riesgo, dividido en la sumatoria total de dichos valores IDP en cada macrofactor de riesgo. Los valores resaltados corresponden al mayor riesgo asociado en cada caso.

(**) Un macrofactor corresponde a un conjunto de factores intra- o extralaborales conglomerados en razón a su naturaleza o a causa de la relevancia teórica de su asociación.

(***) Según datos recolectados entre abril y junio de 2008.

(****) Medido en salario mínimo legal (SML) vigente en 2008.



auxiliares, sugerida por diversos estudios exploratorios (5, 7, 14).

El riesgo postural por predominancia de bipedestación (dinámica, 65% y estática, 30%) fue generalizado; si bien ningún grupo mostró un perfil de riesgo significativo, ello alerta sobre el alto desgaste osteomuscular y problemas de vena várice en el grupo ocupacional investigado.

Otro factor de riesgo sobresaliente es el turno de trabajo. El 44% de participantes está dentro de la modalidad de turno nocturno; al respecto, la literatura especializada alerta sobre la incidencia de efectos en la salud psicofisiológica y la desincronización con actividades familiares y sociales significativas entre el personal de enfermería (49, 50).

En relación con la carga extralaboral, es notorio el mayor nivel de riesgo entre los trabajadores cooperados, de menor salario y con funciones en las áreas de servicios quirúrgicos, neonatología y pediatría y UCI-adultos e intermedios. También se evidenció un perfil diferencial según ocupación: las auxiliares de enfermería presentan mayor riesgo extralaboral por trabajo doméstico, problemas de dinero y conflictos familiares; las enfermeras profesionales muestran mayor riesgo de carga extralaboral por adelantar estudios o realizar otro trabajo remunerado fuera del hospital.

Es de esperarse que, principalmente en las auxiliares de enfermería, la carga por roles extralaborales, en conjunción con las exigencias del rol laboral, desemboquen en conflictos familia-trabajo (51). Estos son el resultado de la convergencia de procesos de *spillover* (emociones surgidas por un rol que se permean al otro), procesos de rol (exigencias incompatibles, sobrecarga de rol por exigencias de recursos, experiencias positivas) y procesos de socialización (habilidades, valores y actitudes que se aprenden en un rol y que se manifiestan en el otro) (51).

Por otro lado, la mayor proporción de mujeres confirma la feminización de la profesión de la enfermería y la percepción machista y patriarcal de que las tareas del cuidado son naturalmente femeninas. Si, como afirman Sarmiento et ál. (52), la mujer sigue siendo la principal responsable del trabajo doméstico a pesar de su inserción en el mercado laboral, sería esperable encontrar doble carga de trabajo entre las entrevistadas. Sin embargo,

nuestros resultados muestran que son los hombres quienes presentan mayor riesgo extralaboral, situación que no invalida la afirmación de Sarmiento, si se tiene en cuenta la correlación significativa entre género y tenencia de otro trabajo ($\chi^2 = 8$), y entre género y realización de trabajo doméstico ($\chi^2 = 4,8$). Es decir, los hombres se sobrecargan por tener otro trabajo asalariado, y las mujeres por el trabajo doméstico, adicional a su trabajo asalariado.

En relación con el género, se encontró mayor vulnerabilidad sentida de los hombres en su carga intra y extralaboral, no obstante que los problemas de salud diagnosticados y sentidos afectan a ambos géneros de manera casi equitativa.

Al comparar los perfiles de riesgo por carga intra y extralaboral, es evidente el contraste relacionado con la ocupación. Las peores condiciones de carga por trabajo remunerado (dentro o fuera del hospital) corresponden a las enfermeras profesionales, pero la carga extralaboral por trabajo doméstico y problemas económicos-familiares es peor para las auxiliares.

Los principales problemas de salud reportados por el grupo de participantes fueron, en su orden: 1) defectos visuales (35% enfermedad y entre 35 y 40% de síntomas); 2) problemas gástricos (32% enfermedad y 58% de síntomas); 3) venas várices (28%); 4) síntomas osteomusculares (dolor de espalda 57%, de cintura 50%, de cuello 49%, en MMII 34%, en MMSS 31%); 5) síntomas de desgaste psicológico (dolor de cabeza 63%, cansancio mental 45%, mal humor 30%, diagnóstico de migraña 25%); y 6) problemas de salud respiratoria (amigdalitis 19%, rinitis 15%, síntomas de congestión nasal 38% y garganta irritada 43%).

A excepción de los defectos visuales, en los que las personas de mayor edad presentaron mayor riesgo, las enfermedades y síntomas mencionados no muestran correlación significativa con grupos definidos por las variables maestras. No obstante, al considerar el macrofactor "problemas de salud", se muestran en mayor riesgo los trabajadores de planta, las auxiliares de enfermería, el personal de enfermería con menor nivel salarial y quienes están asignados a las áreas de urgencias y servicios ambulatorios.

Las enfermedades cardiovasculares no fueron un problema de salud notorio. No obstante, los factores de

riesgo cardiovascular presentaron proporciones preocupantes. Así, la estimación del índice de masa corporal muestra que el 31% de los participantes están en sobrepeso y el 4% en obesidad; el 17% reportaron que les fue diagnosticado colesterol o triglicéridos altos. En la medición del perfil lipídico los valores más preocupantes fueron el colesterol total (20% en riesgo moderado y 10% en alto), el HDL (32% en moderado y 7% en alto) y el VLDL (15% en riesgo alto). Esto coincide con los hallazgos reportados por Gómez (35, 36) en estudios realizados en mujeres de varias profesiones, entre ellas auxiliares y enfermeras de la ciudad de Bogotá.

Como corolario, se ratifica el efecto diferencial del tipo de contrato sobre el bienestar del personal de enfermería. Los trabajadores cooperados se vieron más afectados por las políticas de recursos humanos y la carga proveniente de factores extralaborales. En contraste, los trabajadores con contrato laboral o de planta se ven más afectados por problemas derivados de la definición de roles y otros factores intralaborales; en particular, presentan mayor desgaste en su salud, determinado por su mayor tiempo de exposición a las variables intra- y extralaborales.

Finalmente, si consideramos el carácter descriptivo y el diseño transversal del estudio, no es aconsejable asumir que los resultados obtenidos pueden ser literalmente extrapolados al conjunto de enfermeras y auxiliares de enfermería de Bogotá o del país. No obstante, es recomendable darle continuidad a este objeto de investigación con núcleos temáticos y condiciones como a) poblaciones más amplias, b) exploración de la presencia del síndrome de *Burnout* del cual se sospecha tiene una alta prevalencia entre auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales; no en vano ha sido señalado como paradigma del estrés laboral en ambos grupos ocupacionales y, en este sentido, c) mejorar el aspecto formal de los ítems que miden violencia laboral y reducir matemáticamente a factores más básicos todas las manifestaciones de violencia luego de recogidos los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Sandoval SP. Tendencias de flexibilización del orden jurídico laboral en los 90's. [Tesis inédita] Bogotá: Especialización en Instituciones Jurídico Laborales, Universidad Nacional de Colombia; 2000.
- (2) Salazar SJ. La crisis de la vinculación tradicional mediante contrato de trabajo al mercado laboral. [Tesis inédita] Tunja: Especialización en Instituciones Jurídico Laborales, Universidad Nacional en convenio con la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2004.
- (3) Echeverría M. Subcontratación de la producción y subcontratación del trabajo. En *Temas Laborales*, 3 (19), Dirección del Trabajo, Santiago de Chile. Extraído el 22 de septiembre de 2010 de http://www.conagra.cl/juridico/art_subcontratacion.htm. (2001)
- (4) Echeverría M. (2003) Aportes para el debate conceptual sobre flexibilidad laboral. En *Colección Ideas*, 4 (29). Extraído el 22 de septiembre de 2010 de http://www.laboralred.net/media_files/download/aportesdebate.pdf.
- (5) Gamboa T, Vargas VA, M. Eficiencia de la atención salud y flexibilidad laboral en Colombia. *Gaceta Laboral*. 2004; 10(2)
- (6) Pico ME y Escobar A. Nuevas condiciones laborales para el profesional de Enfermería. Extraído el 16 de agosto de 2007 de <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/nuevas.pdf>.
- (7) Velandia AL (2002) Regímenes laborales en enfermería y calidad de atención. En *av Enferm*, 20(2), pp. 5-22.
- (8) Confecoop. Intermediación laboral. En: Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) Seminario Precariedad y Pobreza en el Trabajo; Bogotá, 7 de noviembre de 2007.
- (9) Gómez M. ¿Son las cooperativas de trabajo asociado una alternativa laboral? *Revista Anec* 2004. 62; 16-17.
- (10) Valderrama E. (2007) El trabajo asociado cooperativo frente a la supervisión. Trabajo presentado en el seminario Precariedad y Pobreza en el Trabajo del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional de Colombia, noviembre, Bogotá.
- (11) Camacho J. Comunicación personal, 5 de septiembre de 2005.
- (12) Farné E. Cooperativas de Trabajo Asociado y Gobierno Nacional. *Rev. Portafolio*. 2008; 14: 29.
- (13) Carvalho B. Once años de aplicación de un nuevo modelo de salud en Colombia: ¿Resultados? *Revista Anec*. 2005; 63: 2-3.
- (14) Carvalho B. Comunicación personal, 30 de agosto y 3 de septiembre de 2007.
- (15) Ugalde A y Homedes N (2005) Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. En *Rev Pan Salud Publ*, 17(3), pp. 202-209.
- (16) Malvarez SM y Castrillón MC. Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. [En línea]. [Extraído el 4 de septiembre de 2007] disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>.

- (17) Borges A. (1998) Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. En *Salud de los Trabajadores*, 6(2), pp. 113-119.
- (18) Yassi A y Warshaw LJ. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo: Asistencia sanitaria: naturaleza y problemas de salud en el trabajo. [En línea] Organización Internacional del Trabajo; 2001. [Consultado el 26 de agosto de 2007] disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a98-1ceffc39a5110VgnVCM100000dcoca8coRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dcoca8coRCRD>.
- (19) Parra AC, Romero M, Vaquero M, Hita A y Molina G. (2005) Riesgo biológico accidental entre trabajadores de un área sanitaria. En *Mapfre Medicina*, 16(2), pp. 32-40.
- (20) Killien MG (2004) Nurses' health: work and family influences. En *Nus Clin N Am*, 39(1), pp. 19-35.
- (21) Rogers B. (1997) Health hazards in nursing and health care: an overview. En *Am J Infect Control*, 25(3), pp. 248-261.
- (22) Wheeler HH. (1998) Nurse occupational stress research 5: sources and determinants of stress. En *Brit J Nurs*, 7(1), pp. 40-43.
- (23) Takase M, Maude P y Manias E. (2006) The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their jobs. En *Iss Clin Nurs*, 15, pp. 1071-1080.
- (24) Monguí HM (1993) El trabajo nocturno como factor de riesgo psicosocial. En *Av Enferm*, 11(2), pp. 43-50.
- (25) Burke RJ. (2003) Survivors and Victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? En *Int J Nurs Stud*, 49, pp. 930-909.
- (26) Greenglass ER y Burke RJ (2000) Hospital downsizing, individual resources, and occupational stressors in nurses. En *Anxiety Stress & Copin*, 13, pp. 371-390.
- (27) Benbunan B, Cruz F, Roa JM, Villaverde C y Benbunan BR. (2007) Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. En *Int J Clin Hlth Psyc*, 7(1), pp. 197-205.
- (28) Ribera D, Cartagena E, Reig A, Romá MT, Sans I y Caruana A. (1993) Estrés laboral y salud en profesionales de Enfermería; estudio empírico en la provincia de Alicante. Espagráfic; Versión electrónica. [Consultado el 16 de noviembre de 2007] disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4376/1/Reig_Ferrer_Estrés_laboral.pdf.
- (29) CIE, Consejo Internacional de Enfermeras (2007) Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra, Fornara. Versión electrónica. [Consultado el 10 de octubre de 2007] disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/sew/sew_framework_guidelines_for_addressing_workplace_violence_sp.pdf.
- (30) Lambert VA y Lambert CE (2001) Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. En *Nurs Health Sci*, 3, pp. 161-172.
- (31) Chacón M y Grau J. (2004) *Burnout* y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. En *Psicología y Salud*, 14(1), pp. 67-78.
- (32) Hofmann F. (2001) Perspectiva de las enfermedades infecciosas. En Organización Internacional del Trabajo (Comp.) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Versión electrónica. [Consultado el 26 de agosto de 2007] disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79a34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dcoca8coRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dcoca8coRCRD>.
- (33) Villadiego M, Lavalle MH, Leguizamón LG y Córdoba LM. Factores de riesgo relacionados con la presencia de várices (flebotasias) en el personal de Enfermería, E.S.E. Hospital San Jerónimo, Montería 2006. En: XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Paipa: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Acofaen), 2007.
- (34) Stösel U. (2001) Prevención y manejo de los dolores de espalda en el personal de Enfermería. En Organización Internacional del Trabajo (Comp.) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Versión electrónica. [Consultado el 26 de agosto de 2007] disponible en <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a98-1ceffc39a5110VgnVCM100000dcoca8coRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dcoca8coRCRD>.
- (35) Tate RB, Yassi A y Cooper J. (1999) Predictors of time loss after back injury in nurses. En *Spine*, 24(18), pp. 1930-1936.
- (36) Hernández L, Genaidy A, Davis S y Guo L. (1998) A study of musculoskeletal strain experienced by nurses. En *Occupational Ergonomics*, 1(2), pp. 123-133.
- (37) Gómez V, Pérez LA, Feldman L, Bajés N y Vivas E. (2000) Riesgo de salud en mujeres con múltiples roles. En *Revista de Estudios Sociales*, 6, pp. 27-38.
- (38) Leguizamón LC y Gómez V. (2002) Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santafé de Bogotá. En *Int J Clin Hlth Psyc*, 22(1), pp. 173-182.
- (39) Alconero AR, Casaus M, Ceballos P, García A, Gómez I, González H, Martínez P y Sánchez B. (2006) Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el personal de enfermería. En *Enfermería en Cardiología*, 37(1), pp. 33-36.
- (40) Schernhammer ES, Hankinson SE, Rosner B, Kroenke CH, Willett WC, Colditz CA y Kawachi I. (2004) Job stress and breast cancer risk: the Nurses' Health Study. En *Am J Epidemiol*, 160(11), pp.1079-1086.
- (41) Amaya JL, Matallana MA y Ruiz F. Definición de perfiles ocupacionales con base en funciones para personal auxiliar del

sector salud. Extraído el 24 de agosto de 2007 de <http://www.cendex.org.co/pdf/1124B-04.pdf>.

(42) Ruiz F. Los recursos humanos de salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Versión electrónica. [Consultado el 24 de agosto de 2007] disponible en: www.cendex.org.co/pdf/992-02.pdf.

(43) Guerrero J. (1996) Conceptualización de los factores psicosociales del trabajo en Ecopetrol y diseño de instrumentos para su evaluación. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia, Contrato de consultoría DSA-012 de 1995-1996.

(44) Guerrero J. (2010) Enfoque Psicosocial de la Relación Salud Trabajo (EP-ST). Línea de Investigación. Bogotá, Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, Universidad Nacional de Colombia. Manuscrito no publicado.

(45) Guerrero J y Puerto IY. (2007) Productividad, trabajo y salud: la perspectiva psicosocial. En *rev colomb psic*, 16, pp. 203-234.

(46) Giraldo J. (2005) Perspectivas del acoso laboral en el contexto colombiano. En *Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 1(2), pp. 205-216.

(47) Juárez A, Hernández E y Ramírez JA. (2005) Mobbing, un riesgo psicosocial latente en el trabajo de Enfermería. En *Revista de Enfermería*, 13(3), pp. 153-160.

(48) Ganster D. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo: Autonomía y control. [En línea] Organización Internacional del Trabajo (Comp.); 2001. [Consultado el 26 de agosto de 2007] disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnextoid=a98-1ceffc39a5110VgnVCM10000odcoca8coRCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM10000odcoca8coRCRD>.

(49) Camargo A y Ochoa MO. (2007) Efectos y consecuencias del trabajo nocturno en la salud de la mujer. Estudio exploratorio en una muestra de enfermeras que laboran en la Clínica San Pedro Claver, Bogotá, 2006. Trabajo presentado en el XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería, Paipa 23 a 25 de agosto de 2007.

(50) Miró E, Cano MC y Buela G. (2005) Sueño y calidad de vida. En *Rev Colomb Psic*, 14, pp. 11-27.

(51) Guerrero J. (2003) Los roles no laborales y el estrés en el trabajo. En *Rev Colomb Psic*, 12, pp. 73-84.

(52) Sarmiento L et ál. (2002) El trabajo de las mujeres en Colombia. Bogotá; Rasgo y Color.