https://doi.org/10.56085/isss.522

Condiciones psicosociales de trabajo en el sector público de la salud en Bogotá

Psychosocial Conditions Related to Work of Public Health Officers in Bogotá

Condições Psicossociais de Trabalho no Setor Público da Saúde em Bogotá

Jairo Ernesto Luna-García[1]
Mireya Gutiérrez Robayo[2]
Zulma Consuelo Urrego Mendoza[3]
Nidia Rocío Sotelo Suárez[4]
Oneys del Carmen De Arco-Canoles[5]
Yerson Alí Correa[6]

Resumen

Objetivo: Analizar las condiciones de trabajo psicosociales de los trabajadores y trabajadoras del sector público de la salud de Bogotá (hospitales y Secretaría Distrital de Salud), como contribución a la política de talento humano de este sector. ***Metodología:*** Estudio multimétodo, conformado por tres componentes; en primer lugar, un componente de revisión documental; en segundo, un componente cuantitativo con base en el *cuestionario de condiciones psicosociales* (CoPsoQ) en su versión en castellano ISTAS21, validada para Colombia a una muestra representativa constituida por 1 111 trabajadores y trabajadoras; finalmente, un componente cualitativo, con la realización de seis grupos focales. ***Resultados:*** Las personas con formas de contratación por fuera de la planta constituyeron el 70,1 % de la muestra y presentaron un promedio de ingreso menor, mayores exigencias cuantitativas y cualitativas de trabajo y peores condiciones de salud. La distribución en relación con el área de trabajo mostró un perfil de mayores demandas cognitivas en los trabajadores y trabajadoras del área asistencial, mientras que las personas de las áreas administrativas y operativas en el campo de la salud pública presentaron mayores demandas cuantitativas y menor control del trabajo. También se confirmaron desventajas en las condiciones de trabajo psicosociales para las mujeres, así como un mayor conflicto familia-trabajo y trabajo-familia. ***Discusión:*** La reforma sanitaria establecida en el país llevó a la implementación de un modelo de *empresarización* de los hospitales, que repercutió en las políticas de contratación y en la transformación de la organización del trabajo, con

1 Médico. Especialista en Salud Ocupacional, magíster y PhD en Salud Pública. Profesor asociado de la Universidad Nacional de Colombia.
2 Psicóloga. Especialista en Salud Ocupacional, estudiante de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Excoordinadora del Ámbito Laboral en la Dirección de Salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
3 Médica psiquiatra. Magíster en Psicología Clínica, PhD en Salud Pública. Profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia.
4 Fisioterapeuta. Especialista en Prevención de Riesgos Laborales, magíster en Protección Social. Excontratista de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, responsable del programa Salud al Trabajo, en la Dirección de Salud Pública.
5 Enfermera. Magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo.
6 Terapeuta ocupacional. Magíster en Salud Pública, estudiante del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

el incremento de actividades administrativas y la generación de diferentes categorías de trabajadores y trabajadoras con condiciones inequitativas de empleo y trabajo, que repercuten en sus condiciones de salud y bienestar laboral; ello plantea la necesidad de fortalecer la política de *talento humano*, con el fin de superar las inequidades que se presentan.

Palabras clave: condiciones de trabajo, trabajadores, salud laboral, sector público, Bogotá.

Abstract

Objective: To analyze the psychosocial factors of the public health officers related to work in Bogota (hospitals and the District Health Secretariat) as a contribution to the policy of human talent in this area. ***Methodology:*** A multi-method study consisting of three constituents; firstly, a of documentary review; secondly, a quantitative constituent based on a questionnaire of psychosocial conditions (CoPsoQ) in Spanish ISTAS21, approved for a representative sample of 1.111 workers; and finally, a qualitative constituent by forming 6 focus groups. ***Results:*** Out-of-plant recruitment forms constituted 70.1% of the sample; Showed lower average income, higher quantitative and qualitative labor requirements, and worse health conditions. The distribution in relation to the area of work showed a profile of greater cognitive demands in workers in the area of care, while people in administrative and operational areas in the field of public health presented greater quantitative demands and less control of work. It also confirms disadvantages in the psychosocial working conditions for women, as well as a greater conflict family-work and work-family. ***Discussion:*** The health reform implemented in the country led to an implementation of a hospital entrepreneurship model. Then there as an impact upon contracting policies and working arrangement, increasing administrative roles and generating different categories of officers typified by unequal conditions of employment and work by affecting their health and well-being standards. It also raises the need to strengthen the human talent policy in order to overcome inequities.

Keywords: working conditions, workers, occupational health, public area, Bogota.

Resumo

Objetivo: analisar as condições de trabalho psicossociais dos trabalhadores e trabalhadoras do setor público da saúde em Bogotá (hospitais e Secretaria Distrital de Saúde), como contribuição à política de talento humano desse setor. ***Metodologia:*** Estudo multi-método conformado por três componentes, no primeiro lugar um componente de revisão documental, no segundo, um componente quantitativo baseado no Questionário de Condições Psicossociais (CoPsoQ) na sua versão em castelhano ISTAS21 validada para a Colômbia para uma amostra representativa constituída por 1111 trabalhadores e trabalhadoras, e finalmente, um componente qualitativo com a realização de 6 grupos focais. ***Resultados:*** As pessoas com formas de contratação por fora do plantel constituíram o 70,1 % da amostra e apresentaram uma média de ingresso menor, maiores exigências quantitativas e qualitativas de trabalho e piores condições de saúde. A distribuição em relação com a área de trabalho mostrou um perfil de maiores demandas cognitivas nos trabalhadores e trabalhadoras da área assistencial, enquanto as pessoas das áreas administrativas e operativas no campo da saúde pública presentaram maiores demandas quantitativas e menor controle do trabalho. Também foram confirmadas desvantagens nas condições de trabalho psicossociais para as mulheres, assim como um maior conflito

família-trabalho e trabalho-família. ***Discussão:*** A reforma sanitária implementada no país levou à implementação de um modelo de empresarização dos hospitais, que repercutiu nas políticas de contratação e na transformação da organização do trabalho, com o incremento de atividades administrativas e a geração de diferentes categorias de trabalhadores e trabalhadoras em condições iniquas de emprego e trabalho que repercutem nas suas condições de saúde e bem-estar laboral. O qual planteia a necessidade de fortalecer a política de Talento Humano a fim de superar as iniquidades apresentadas.

Palavras chave: condições de trabalho, trabalhadores, saúde laboral, setor público, Bogotá.

Introducción

La preocupación por la situación de los trabajadores sanitarios ha ocupado un lugar central en la agenda de las entidades intergubernamentales y de los gobiernos nacionales y locales (1-3), En el caso de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud adelantó un proceso de construcción de una *política de talento humano*, encaminada a garantizar el trabajo decente en el sector público de la salud del Distrito Capital (4). En este proceso se contó con la vinculación de diferentes entidades, entre ellas la Universidad Nacional de Colombia, por medio del Laboratorio de Ergonomía y Factores Humanos de la Facultad de Artes, con el que se acordó realizar una investigación que profundizara en las condiciones psicosociales de trabajo; ello, debido a que este aspecto surgió en el diagnóstico como uno de los más relevantes, y se requería un mayor estudio para encaminar la intervención a la promoción del bienestar laboral y la equidad. A este proceso se sumaron la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá; la Universidad Piloto, y la Universidad Autónoma de Colombia.

La salud y la integridad mental en el ámbito laboral vienen siendo reconocidas como unas de las principales problemáticas que enfrenta el mundo del trabajo (5,6), y en el campo de la salud se ha relacionado con los procesos de reforma de las políticas y sistemas que ha vivido este sector (7,8). Se planteó así un reto en abordar las condiciones psicosociales de trabajo desde una perspectiva positiva, ligada con el bienestar laboral, más allá de los enfoques que la ubican en el campo de la identificación de riesgos relacionados con la producción de estrés en el trabajo (9,10).

Adicionalmente, se buscó contar con una perspectiva sincrónica que permitiera identificar la situación que presentaban las condiciones psicosociales de trabajo, en el marco de una perspectiva diacrónica que posibilitara la comprensión de los procesos que explican la situación identificada.

Materiales y métodos

El estudio se llevó a cabo bajo un diseño multimétodo, que incorporó una revisión de literatura referida a la transformación del sistema de salud en Bogotá, con énfasis en el proceso de empresarización de los hospitales y de la implementación de la reforma sanitaria en la salud, que va desde la Ley 10 de 1990, pasando por la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007, hasta llegar a la Ley 1438 de 2011 (11-13). Se buscó identificar los cambios institucionales (normas y políticas para el funcionamiento institucional) y los cambios organizacionales (valores y prácticas de trabajo, en los que se representa lo demandado, lo permitido y lo desestimulado, en relación con la identidad de los trabajadores y trabajadoras), como contextos explicativos de las condiciones psicosociales de trabajo.

En segundo término, se procuró la evaluación de las condiciones psicosociales de trabajo; para ello se seleccionó la encuesta CoPsoQ Istas21 de España (14), cuyo proceso de validación por expertos para Colombia fue efectuada por el grupo de investigación (15). Se aplicó el cuestionario a una muestra seleccionada del universo de hospitales públicos de Bogotá y la Secretaría Distrital de Salud, mediante un procedimiento cara a cara; se aplicó a un grupo de 1.111 trabajadores y trabajadoras, de una muestra de 1.206. El tipo de muestreo fue por conglomerados y contó con una segunda etapa de muestreo; en esta se eligieron de manera aleatoria trabajadores en cada uno de los conglomerados seleccionados, a partir de bases de datos suministradas por la Dirección de Talento Humano de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); se controló la proporcionalidad del tipo de vinculación y el género en cada conglomerado.

Para el análisis de las características sociodemográficas, se identificaron las proporciones de la muestra poblacional y se efectuaron las comparaciones de porcentajes de cada una de las categorías; así, se estratificó por sexo, área de trabajo y formas de vinculación. Para estas comparaciones se empleó el estadístico de χ^2, y se tomó como criterio que la diferencia es significativa en el nivel 0,01. Las condiciones psicosociales fueron descritas por 25 variables síntesis, construidas desde las preguntas del instrumento CoPsoQ Istas21, versión validada para Colombia. Estas variables se llevaron a una escala continua de 0 hasta 100; la puntuación más alta indica una condición más desfavorable para la salud y el bienestar de la población trabajadora. La presentación de los resultados tomó la puntuación y la agrupó en tres categorías de calificación, según lo propone la metodología ISTAS; de 0 a 33,3 % se identifica el *verde* como la condición más favorable; de 33,4 a 66,6 %, el *amarillo* como alerta; y los valores entre 66,7 y 100 % se muestran con el *rojo*, como una condición desfavorable. Es necesario aclarar que las

percepciones sobre la violencia, la discriminación, el acoso laboral y el maltrato en los lugares del trabajo fueron generadas después de realizar un análisis factorial con la prueba *varimax*, que buscaba explicar las relaciones entre las preguntas agrupadas; además, generó estos cuatro factores: violencia física, discriminación, acoso laboral y maltrato en los lugares del trabajo, los cuales fueron incluidos como variables síntesis en la metodología ISTAS.

La fase analítica tuvo como propósito hacer una comparación estadística de los grupos, según las variables sintéticas. Los resultados se analizaron desde las medias de cada variable, en una escala de 0 hasta 100, en la que 100 sería la condición más desfavorable. En esta sección se presenta una descripción con gráficas radiales de las medias y su comparación mediante pruebas T y análisis de varianza, o con pruebas no paramétricas, de cada una de las variables síntesis. A partir del plan de análisis se definió estratificar los datos por sexo (mujeres y hombres), área de trabajo (asistencial, operativa y administrativa) y formas de vinculación (directa e indirecta), asumiendo un error de tipo I del 1 %.

En tercer lugar, se formaron seis grupos focales, distribuidos en personal administrativo, funcionarios de salud pública, trabajadores asistenciales, grupo de directivos, líderes de trabajadores y un grupo mixto. Los grupos focales iniciaron con la pregunta: ¿cómo se ha transformado el trabajo en su cotidianidad en los últimos años?, y buscaron abordar las siguientes temáticas: (1) participación y organización de trabajadores (¿qué han hecho los trabajadores frente a la situación descrita?, ¿cuáles son las limitaciones que se han identificado en esa respuesta de los trabajadores?); (2) doble jornada (¿el trabajo ha afectado la vida familiar y doméstica de los trabajadores?); (3) violencia en el trabajo (¿qué eventos del trabajo han sido percibidos por los trabajadores como los más negativos o desagradables?); (4) política de gestión humana (¿cómo se percibe la gestión del talento humano en sus organizaciones?); y (5) contratación (¿han cambiado las dinámicas de trabajo con la transformación de los hospitales a empresas sociales del Estado?, ¿en qué aspectos?, ¿esta situación se relaciona con la forma de contratación actual?, ¿ustedes creen que los hospitales están cumpliendo con su misión institucional?). La transcripción de los grupos focales fue sometida a un análisis narrativo, con base en lo cual se elaboró un informe de cada uno de los ejes temáticos; sobre esta base se efectuó una reconstrucción narrativa integradora entre los distintos ejes abordados, en la cual se combinaron los puntos de vista de los participantes, con los de los investigadores y los identificados en la literatura revisada.

Resultados

Las condiciones de trabajo psicosociales desde las encuestas

De las 1.206 personas identificadas en la muestra, se pudo encuestar a 1.111 (92,12 %). Las causas principales de las pérdidas fueron retiro de la entidad y ausencia por incapacidad o maternidad. La *distribución de la edad* presenta una media para la muestra de 37,29 (DS 10,23), con un valor mínimo de 18 años y uno máximo de 65. La media de edad en los hombres fue mayor, con 38,7 años (DS 10,6) respecto a las mujeres, que tienen una media de 36,7 años (DS 9,9), diferencia que fue estadísticamente significativa (p = 0,002). Las *formas de contratación* son un factor en el que la edad presentó un comportamiento diferencial; así, las personas que informan tener vinculaciones directas presentan una media mayor de edad, con 43,44 años (DS 9,6), en comparación con aquellas que informan formas indirectas, con 34,8 años (DS 9,4); esta diferencia es significativa (p < ,0001). En la muestra, la distribución por sexo presentó un predominio de mujeres, con un 70,1 %, comparada con un 29,9 % de hombres. También, se cuenta con una mayoría de trabajadores del área asistencial, con un 50 %, seguida de un 32,4 % en área administrativa y un 15,3 % en el área operativa. El área de trabajo en la que más se encontraron mujeres fue en la asistencial, con un 74,4 % respecto al 25,7 % de los hombres; seguido por el área operativa, con un 68,2 % de mujeres respecto a un 31,8 % de hombres, y por último, en el área administrativa las mujeres representaron un 65,6 %. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p = 0,01).

Al preguntarles a los trabajadores si *en ese momento tenían otro empleo*, refieren en un 20,1 % esta condición. Los hombres refieren tener otros trabajos en un 27,7 %, proporción mayor que la de las mujeres, con un 19 %; esta diferencia es estadísticamente significativa (p < ,0001). Adicionalmente, en las áreas de trabajo en las que más se cuenta con otro empleo es en la asistencial, con un 26,4 %, respecto a un 15,3 y

9,7 % de las áreas administrativas y operativas, respectivamente, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p < ,0001$).

En cuanto al *horario de trabajo*, en esta muestra se encuentra que el número de horas que se trabaja semanalmente con la proporción más alta fue de 48 horas (64,5 %); sin embargo, se identifica que en el 20,6 % de la muestra este límite legal es superado. Las mujeres presentan una menor proporción de trabajo de más de 48 horas (19,4 %) respecto a los hombres (23 %) ($p = 0,001$). Las variaciones en los horarios presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < ,0001$) al ser comparadas por áreas de trabajo, debido a las diferentes formas de organizar el trabajo por turnos en las áreas operativas y asistenciales.

Uno de los hallazgos más interesantes del presente estudio es que casi el 90 % de los trabajadores, hombres y mujeres, refieren tener un horario definido de trabajo. Adicionalmente, se encontró que tan solo un 6,2 % de la muestra refiere tener horarios flexibles, aun cuando solamente el 28,7 % tenía una forma de vinculación subordinada y otras condiciones concernientes al contrato de trabajo. El horario de trabajo más frecuente es de lunes a viernes (38,3 %), y todo el día con hora de almuerzo (51 %). Sin embargo, acorde con las características del sector, existe una gran diversidad de horarios en cuanto a los días y horas del día.

Al explorar la frecuencia con la que se ve modificado el horario, se encuentra que un 62,8 % de la muestra refiere que *nunca* se les modifica la hora de entrada o salida, y al preguntar por los casos en los que se modifican los días en los que debe trabajar, la mayor proporción también fue *nunca*, con el 72,1 %.

El comportamiento de las *formas de vinculación laboral* en el estudio muestra un predominio de las formas indirectas o por fuera de la planta, con un 70,1 %; frente al 28,7 % que presenta forma de vinculación directa o de planta, y un 1,2 % sin especificar. Dentro de las formas indirectas, las órdenes de prestación de servicios son las mayoritarias, con un 82,6 %; seguida de la vinculación por medio de empresas de servicios temporales (EST), con un 17,1 %. Estas formas de vinculación indirectas tuvieron una mayor proporción en mujeres (72 %) respecto a los hombres (65 %); sin embargo, esta diferencia no fue significativa ($p = 0,023$). Las formas de vinculación indirectas son más frecuentes en el área operativa de trabajo (salud pública), con una proporción del 77,1 %, respecto al 70,8 % del área administrativa y 67,8 % del área asistencial ($p < ,0001$).

En relación con las características de las formas de remuneración en esta muestra, es más frecuente el pago entre 1 y menos de 2 salarios mínimos legales vigentes en un 47,3 %; seguida por un salario entre 2 y menos de 4 salarios, con un 31,7 %, y entre 4 y menos de 7 salarios, con el 13,3 %; un 0,5 % refiere tener ingresos menores de un salario mínimo legal vigente, La proporción de mujeres que reciben entre 1 y menos de 2 salarios mínimos legales vigentes es mucho mayor que la de los hombres, con un 50,6 % para las primeras y un 39,8 % para los últimos; adicionalmente, en los ingresos superiores a cuatro salarios mínimos, la proporción de hombres (28,6 %) fue más alta que la de las mujeres (15,5 %). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < ,0001$).

Al analizar los ingresos en cada una de las formas de vinculación, se encontró que las formas indirectas reciben entre 1 y menos de 2 salarios mínimos legales vigentes en un 51,1 %, proporción mayor en relación con las formas directas, con un 37,6 %; además, en los ingresos superiores a cuatro salarios mínimos, la proporción de vinculación directa fue mayor (26,3 %) respecto a la indirecta (16,5 %). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < ,0001$).

Las *condiciones psicosociales y las condiciones de salud* se clasificaron en tres grupos: de 0 a 33,3 %, la condición se calificó como *mejor o favorable (verde)*; de 33,4 a 66,6 %, *medio o en situación de alerta (amarillo)*; y los valores entre 66,7 a 100 %, como *peor* o *desfavorable (rojo)* (figura 1).

De los hallazgos de las condiciones psicosociales según la escala ISTAS se destaca la mayor proporción de trabajadores con una calificación en *rojo* en los siguientes ítems: control del tiempo, con 51,8 %; participación, con 49,8 %; exigencias cognitivas, con 46,8 %; inseguridad sobre el futuro, con 39,4 %, y exigencias emocionales, con un 39,3 %.

Para la calificación en *amarillo* se encontró que tienen mayores valoraciones las siguientes variables: influencia, con una proporción de 50,5 %; previsibilidad, con un 47,7 %, y exigencias cuantitativas, con un 46,9 %.

Las condiciones de trabajo en *verde*, es decir, las valoradas favorablemente por los trabajadores fueron:

Figura 1. Condiciones psicosociales. Proporciones según la escala ISTAS (desfavorable: rojo; en alerta: amarillo; favorable: verde)



Fuente: Elaboración propia.

sentido de trabajo, con un 93,2 %; claridad de rol, con 82,5 %, y sentido de grupo, con un 77,9 %. Dentro de las condiciones que también presentaron puntajes en verde se encuentran: violencia, discriminación, acoso y maltrato, con una proporción de 96,4 %, 95,9 %, 90,62 % y 73,7 %, respectivamente.

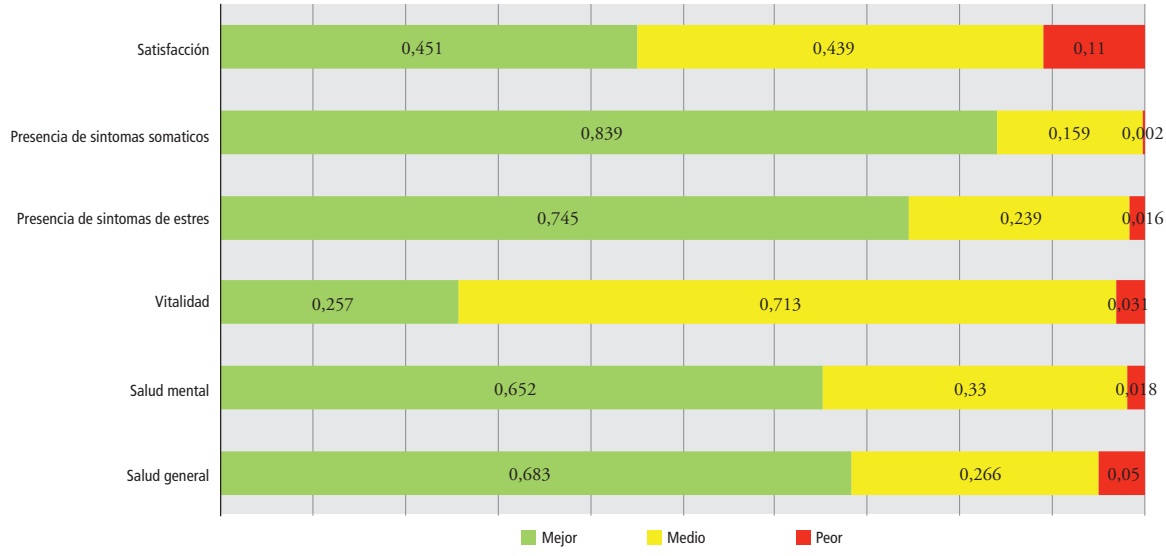
Sin embargo, estas últimas cuatro condiciones deben analizarse con mayor cuidado. El hecho de que se manifiesten con datos en "rojo" —es decir, que sean percibidos desfavorablemente por los trabajadores— y en "amarillo" —como condiciones de alerta— indica que se han evidenciado actos relacionados en los contextos laborales. De esta manera, el maltrato se valoró en rojo en una proporción del 6,4 % y en amarillo en el 19,9 % de los casos; el acoso se determinó en rojo con el 2,3 % y en amarillo con el 7 %; la violencia se presentó en rojo en una proporción del 0,8 % y en amarillo con 2,8 %, y la discriminación se mostró en rojo en 0,3 % y en amarillo con 3,9%.

En el caso de la violencia en el lugar de trabajo, las personas encuestadas perciben una violencia física, que es generada principalmente por personas que no pertenecen a la empresa, con una valoración de *siempre* en un 1,8 % de los trabajadores; *casi siempre*, en un 2,5 %; *muchas veces*, en un 5,3 %, y *algunas veces*, en un 10,6 %.

En el caso de la discriminación, en la mayoría de variables se refirió que *nunca* se había experimentado ningún tipo de forma de discriminación (valores superiores al 90 %), con la excepción del trato discriminatorio por la forma de vinculación laboral; un 7,8 % expresó *siempre* en esta condición y tan solo un 58,7 % expresó *nunca* sentirse discriminado.

Frente a la percepción en relación con las *condiciones de salud*, la "satisfacción" fue calificada como *peor* en el 11 % de los casos (rojo); seguido por salud general, con el 5 %, y vitalidad, con el 3,1 %. La calificación de "*medio*" (amarillo) es mayoritaria en la vitalidad en un 71 % de la muestra, seguida por la satisfacción (43,9 %) y la salud mental (33 %). En cuanto a la calificación de *mejor* (verde), se presentó una mayor proporción en la manifestación de síntomas somáticos en un 83,9 %; en un segundo lugar, se percibió la presencia de síntomas de estrés, con un 74,5 %. En general, en la mayoría de variables se supera el 50 %, con excepción de la satisfacción y vitalidad, con un 45 y 25 %, respectivamente (figura 2). Al explorar la percepción de los trabajadores sobre su salud, esta fue calificada como buena en un 42,7%, muy buena en un 31,4% y excelente, con un 15,5%, datos que coinciden con la calificación de las categorías definidas en la escala ISTAS. (figura 2).

Figura 2. Condiciones de salud. Proporciones según la escala ISTAS



Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la fase analítica

Al explorar la percepción de trabajadores del sector público de la salud en el Distrito Capital sobre las exigencias psicológicas del trabajo (incluyendo en estas las diferentes expresiones de violencia y acoso), se encontró que la mayor puntuación está en las exigencias cognitivas, con una media de 64 (en una escala de 0 a 100, como se mencionó anteriormente), con un nivel superior en los hombres (67) respecto a las mujeres (63), diferencia que no fue significativa.

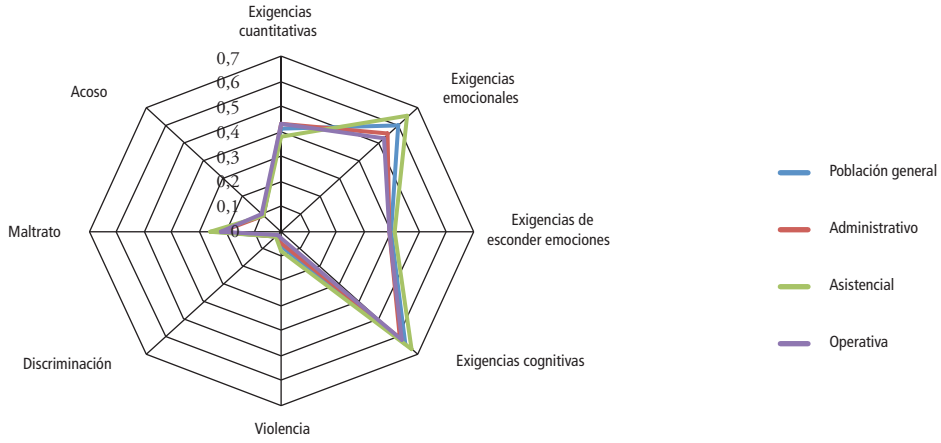
Otra de las exigencias que presentó una puntuación alta corresponde a aspectos emocionales, con una media de 60 para la totalidad de la muestra, y una puntuación superior para las mujeres (61) respecto a los hombres (58), diferencia que no fue significativa. Las exigencias cuantitativas tuvieron una media de 39; esta variable sintética no presentó diferencias significativas por sexo.

En cuanto a las exigencias expresadas como formas de violencia en el trabajo, se encontró una puntuación mayor para el maltrato psicológico, con una media de 22, muy superior a la de acoso (11), violencia física (7) y discriminación (4). El acoso presenta una media superior en los hombres (11) respecto a las mujeres (8); sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa (p = 0,048).

Las exigencias cognitivas fueron mayores en los trabajadores de las áreas asistenciales (67) respecto a las administrativas, con un 61 y 62 para operativos, diferencia que fue estadísticamente significativa (p = 0,0002). El área de trabajo con mayores exigencias emocionales fue la asistencial, con 65, respecto a 55 y 53 de las áreas administrativas y operativas, respectivamente, diferencia que fue significativa (p = 0,0001) (figura 3).

Las exigencias cuantitativas presentaron una mayor valoración en las poblaciones de áreas administrati-

Figura 3. Medias de exigencias psicológicas por área de trabajo



Fuente: Elaboración propia.

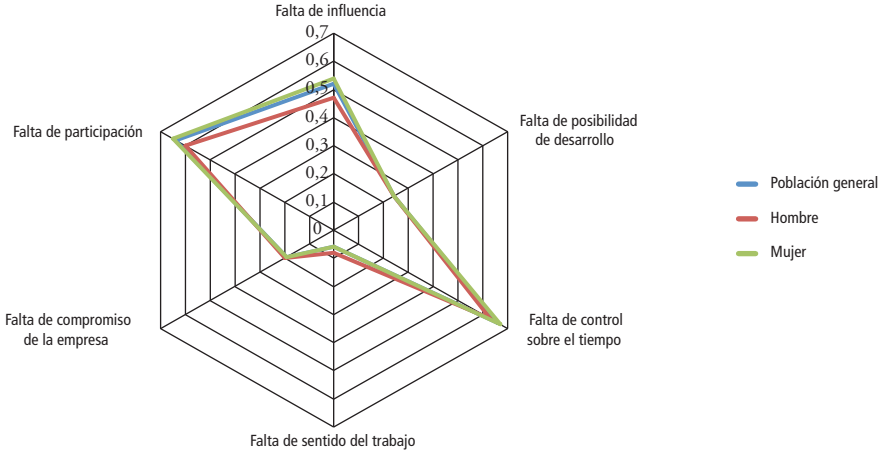
vas y operativas, con 43 cada una, respecto a 38 del área asistencial. Esta diferencia fue estadísticamente significativa (p = 0,0055).

La violencia en el lugar de trabajo presentó diferencias significativas en las poblaciones de cada área de trabajo (p < ,0001), con una media superior en el área asistencial (8), seguida por el área administrativa (5) y, por último, el área operativa (3).

Se encontraron diferencias significativas (p = 0,001) en cuanto al maltrato, con una puntuación más alta en las vinculaciones indirectas (26) respecto a las directas (21). Al analizar las percepciones de exigencias psicológicas por cada una de las formas de vinculación no se presentaron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, se encontraron medias ligeramente más altas en las exigencias cuantitativas y exigencias emocionales, y para los trabajadores con formas de vinculación indirecta.

Al evaluar las percepciones frente a los recursos con que cuentan los trabajadores para responder a las exigencias psicosociales, las valoraciones más altas se presentaron en la falta de control sobre los tiempos, con 66; la falta de participación, con 64, y la falta de influencia sobre su trabajo, con 52. Con valoraciones bajas se encontraron la falta de posibilidad de desarrollo (24), la falta de compromiso de la empresa (19) y la falta de sentido del trabajo (6). (figura 4).

Figura 4. Medias sobre la percepción frente a los recursos por sexo



Fuente: Elaboración propia.

Estas percepciones frente a los recursos, al ser estratificadas por sexo, fueron significativas en la falta de sentido del trabajo, con una mayor valoración para los hombres, con 8, respecto a las mujeres, con 6 ($p <$ 0,0001). En cuanto a la falta de participación social, las mujeres presentaron una mayor valoración (65) respecto a los hombres (60), con una diferencia significativa ($p = 0{,}003$). La falta de influencia ($p <$,0001) y la falta de control sobre los tiempos ($p = 0{,}006$) presentaron valoraciones mayores en las mujeres, con 54 y 67, respecto a los hombres, con 47 y 63, respectivamente.

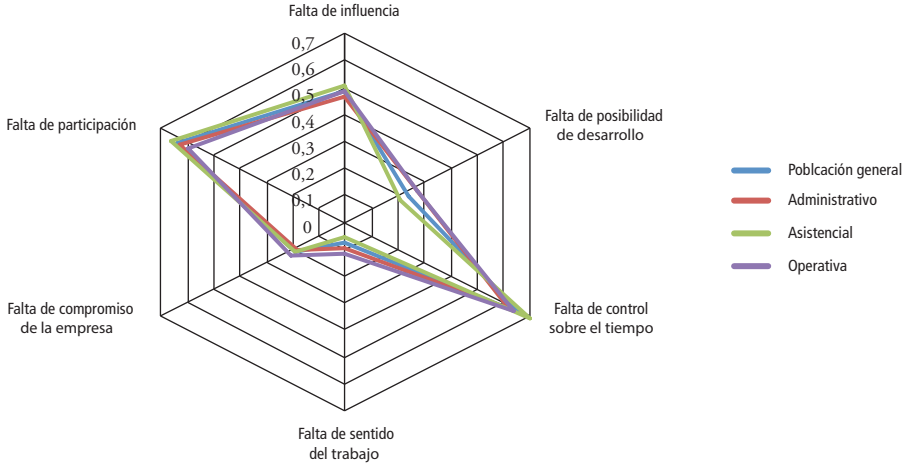
Al evaluar estas percepciones frente a los recursos por cada área de trabajo, la falta de control sobre los tiempos presenta una mayor valoración en los trabajadores del área asistencial (70) respecto a las operativas (64) y administrativas (62), diferencia que fue estadísticamente significativa ($p <$,0001). La falta de posibilidad de desarrollo es mayor en la muestra de administrativos y operativos con 27, respecto a una valoración menor en los asistenciales con 21 ($p <$,0001). Para el caso de la falta de participación se encuentra una mayor valoración (66) en la muestra asistencial, seguida por los cargos administrativos (63) y, por último, los operativos (60) ($p = 0{,}0079$).

Estas percepciones frente a los recursos para cada una de las formas de vinculación presentaron diferencias estadísticamente significativas en la falta de compromiso con la empresa ($p <$,0001) y la falta de participación ($p <$,0001). Sobre la valoración de la falta de compromiso con la empresa, las formas de vinculación indirectas tenían una mayor valoración con 21, en comparación con 16 de las directas. En cuanto a la falta de participación, tiene una valoración superior en las formas de vinculación indirecta (67) respecto a las directas (57). Si bien la falta de control sobre los tiempos no tuvo diferencias significativas, tiene medias mucho mayores en los trabajadores con formas de vinculación indirectas, como se muestra en la figura 5.

En los resultados sobre la percepción en el desempeño de las organizaciones en aspectos que modulan las exigencias psicológicas de trabajo se encuentra que, en la muestra general, la mayor valoración fue en la inseguridad sobre el futuro, con una media de 59; seguida por la falta de previsibilidad (43), poca estima (37), pobre calidad de liderazgo (37) y falta de apoyo de los superiores (33). El comportamiento de estas variables se presenta estratificado por sexo, área de trabajo y forma de vinculación.

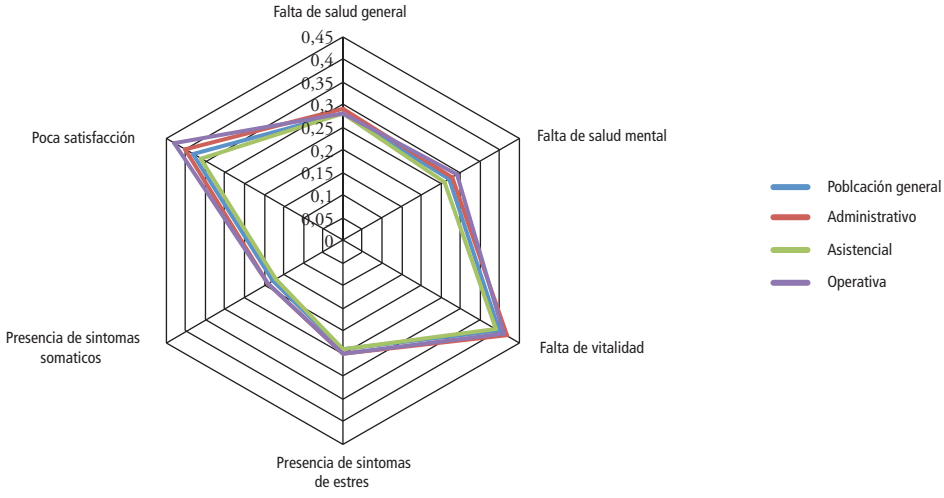
Al analizar estas medias, se encontró que solo existieron diferencias significativas en la ausencia de claridad de rol entre las poblaciones de las diferentes áreas de trabajo; la mayor valoración se encontró en el área operativa, con 18, seguida del área administrativa, con 16, y por último, el área asistencial, con 13 ($p = 0{,}0009$). Y en la inseguridad sobre el futuro, que tuvo una media más alta en los trabajadores con formas de vinculación indirecta, con 61, respecto a 54 de las formas directas ($p <$,0001). Por último, la in-

Figura 5. Medias sobre la percepción frente a los recursos por formas de vinculación



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Medias de condiciones de salud por forma de vinculación



Fuente: elaboración propia.

seguridad por el futuro, con una media mayor en las mujeres (61) respecto a los hombres (54).

Uno de los resultados interesantes al describir los conflictos entre familia/trabajo y trabajo/familia es la distribución de responsabilidades de las tareas familiares y domésticas. Las mujeres representan la mayor proporción (41,6 %) de ser las principales responsables en estas tareas respecto a los hombres (13,7 %). Por otra parte, existe una mayor proporción de hombres (28,1 %) que refieren hacer la mitad de las tareas familiares y domésticas, en comparación con las mujeres (23 %). En las situaciones "solo hago tareas muy puntuales" y "no hago ninguna tarea", los hombres tienen mayor proporción; en la primera, estos puntúan 34,6 % y las mujeres, 18,8 %, y en la segunda, el 3 % corresponde a hombres y un 1,5 %, a mujeres.

Al evaluar la doble presencia, se encontró una media superior en las mujeres, con 41, en relación con la de los hombres, que tienen una media de 33,1; esta diferencia fue estadísticamente significativa (p = 0,000). Al comparar estas medias por área de trabajo y forma de vinculación no se encontraron diferencias significativas.

La media más alta en las condiciones de salud fue la falta de vitalidad, con un valor de 40, seguida por la poca satisfacción, con 38, y la falta de salud general y salud mental, con 28 y 27, respectivamente. La presencia de síntomas somáticos presentó un valor superior en las áreas administrativas y operativas, cada uno con 19, respecto a un 17 del área asistencial (p = 0,0055). En el caso de la falta de satisfacción, su mayor valor se dio en el área operativa (43), seguido por el área administrativa (40) y, por último, la asistencial (36).

En cuanto a la falta de salud general, las formas de vinculación directa tuvieron una media mayor, con 32, en comparación con un 26 de las indirectas (p = 0,000). Para el caso del sexo, se presentaron diferencias significativas en la falta de vitalidad (p = 0,009) y la presencia de síntomas somáticos (p = 0,001). Para la falta de vitalidad la puntuación fue mayor en mujeres (41) respecto a los hombres (38). En la presencia de síntomas somáticos, las mujeres presentaron una puntuación de 19 respecto a los hombres, con 16. (figura 6).

Resultados de los grupos focales

En relación con el tipo de vinculación laboral, fue reiterado el testimonio de cómo los trabajadores de contratos por prestación de servicios son los que sufren las consecuencias más difíciles desde que empezó a implementarse la Ley 100 de 1993. Se puede ver cómo se entablan las relaciones de poder para anular la opinión de los trabajadores, cómo se generan reglas y mandos que violan sus derechos; los cuales están diseñados para evadir o eliminar los mecanismos de defensa de los trabajadores, como se infiere en los siguientes testimonios:

> A veces uno llega todo sonriente y hay un contratista que uno lo ve y contesta agresivo, nadie entiende sus problemas, nadie entiende que se levantó a las 4:00 a. m. a dejarle la comida a su familia o a llevar a su hijo que llegó tarde por eso y uno ve que los jefes le dicen a uno: "a mí no me importa eso, a mí me importa que me cumpla, como dice él, con la meta".
>
> [...]
>
> La diferencia de contrato y planta es grande, simplemente una auxiliar de enfermería por OPS no gana un millón y de ahí tiene que pagar la seguridad social, le descuentan la *retefuente* y tal, más que una de planta gana millón trescientos y pico, y fuera de eso le pagamos toda su seguridad social. (Grupo focal trabajadores administrativos)
>
> [...]
>
> Los trabajadores por OPS nunca van a poder comprar una casa, nunca van a poder comprar un carro, nunca se van a poder endeudar en cosas que les permitan a ellos crecer ya en su parte familiar y personal.
>
> [...]
>
> Antes uno no se preocupaba por que le llegara o no le llegara el sueldo, ahora la preocupación es de todos los días.

Asociado con la gestión, aparece que se puede controlar a los trabajadores con aspectos positivos y negativos. Entre los primeros se encuentra que las formas de control permiten establecer lo que realmente se hace respecto a las tareas, para evitar que haya unos que trabajen menos que otros. El lado negativo se asocia con la intensificación del trabajo, y allí la planeación estratégica es referida como el centro del asunto en conjunto con las formas de contratación. La extensión de la jornada es citada como ejemplo por parte de los trabajadores:

> [...] lo negativo, yo veo como producto de la ley 50, de la nefasta planeación estratégica, una combinación de formas de explotación, o sea antes el trabajador estaba de 8 a 5, hoy en día el trabajador no solo está de 8 a 5, sino, también tiene las metas, y si no las cumple entonces no trabaja hasta las 5 o 6, sino hasta las 8 o hasta las 9 [de la noche], y los sábados y los domingos, y además usted tiene que cumplir con unas actividades que son extralaborales [...].
>
> [...]
>
> En la parte de bienestar, aunque hay algo, pues todavía no es suficiente, no hay incentivos, no hay motivación.
>
> [...]
>
> Dentro del talento humano no están contratistas, están excluidos, ellos están en el área de jurídica, por allá en contratación y siendo la población más amplia y más grande que hay, entonces esos son pobres, no son de aquí, porque ustedes mismos lo han visto, las normas y las leyes, van relacionadas con la carrera, para quién va la plata.
>
> [...]
>
> Ese tipo de contratación, por ejemplo los que están por OPS, una calamidad, ellos saben que se les descuenta [...] mira te voy a descontar un día, pero no puedo darte incapacidades, entonces uno dice: el mismo sistema y la misma ley permite que se atropelle un trabajador, porque es que es también la posición de la persona como jefe decir que trabajó ocho días cuando tuvo una incapacidad.
>
> [...]
>
> Que la glosa se le descuenta al trabajador cuando el trabajador no ha podido cumplir sus metas ni sus cosas porque no se le dan los elementos de trabajo necesarios [...].

Los trabajadores relatan cómo todo esto genera tensiones, peleas y malos tratos. Se habla de cómo se están perdiendo algunos valores y la lógica de comunidad, de participar y compartir:

> Que yo llegue y me traten mal o qué sé yo, entonces no importa si yo soy la de ambiental o la de salud ocupacional, si soy la de servicios generales, pero algo que hay que fomentar es una cultura también de venga pues, yo conozco, sé quién le puede asesorar, quién le puede ayudar, quién puede, y eso se ha perdido, eso se ha perdido. Digamos que cada

> quién está en su mundo, en su película, y a los demás les importa un... (Grupo focal trabajadores administrativos)

Uno de los elementos más relevantes al analizar el impacto en la salud de la carga psicosocial en el trabajo, con un enfoque de género, es el tema de la "doble jornada", reconocida como el trabajo que se realiza en el ámbito doméstico.

> La visión que uno también tiene con respecto a las responsabilidades en el hogar, en el sentido de que no es una ayuda o no es un favor que le hago a mi pareja si yo lavo la loza o si yo cocino. Porque son las responsabilidades mías, de mi quehacer diario. Que si se quedó desordenado, no es función de mi pareja, sino que yo también vivo ahí y yo hago parte de ese hogar. Que el uno o el otro se recarguen, pues también viene siendo esa parte cultural. Entonces, la misma mujer ha sido formada en un momento determinado para cumplir con esas funciones, pero que igualmente también a nosotros como hombres nos han formado para echarnos a la locha.
>
> [...]
>
> Si cuando están muy pequeños, resulta que la guardería es un costo altísimo, es un costo muy alto, entonces esa sería como otra opción de que la desarrollen en muchas partes, en muchas empresas y en el mundo en general, en muchas partes lo hacen, y es facilitarles el acceso a los hijos de esas personas —contratistas— a las guarderías, por ejemplo, si uno va querer acceder a un jardín de integración social siendo contratista no se lo permiten, y esas son opciones que uno tendría que evaluar, el acceso a esos servicios que le van a liberar un poco de una carga o de una responsabilidad, y también le van a liberar unos recursos a las personas, porque los recursos igualmente se van a tener que invertir. El otro punto que en los hospitales seguramente va a ser muy complejo es el del teletrabajo, que es otra de las propuestas [...] para tratar de conciliar la vida familiar y la vida laboral.

Existe una riqueza de testimonios en los grupos focales que abordan la transformación cotidiana en los hospitales, que abarca aspectos organizacionales y de desarrollo de las actividades, con una pérdida importante del sentido de pertenencia, identidad y satisfacción en el desarrollo de la labor.

Discusión

El hallazgo más importante de la presente investigación denota diferencias significativas en las condiciones de trabajo psicosociales en relación con los tipos de contratación que presentan los trabajadores de la salud del Distrito Capital. Esto se deriva de las transformaciones seguidas por el sector salud en Colombia, que sigue una tendencia similar a los cambios que se presentaron en otros países de la región que adoptaron similares políticas neoliberales, y que tienen un impacto sobre las tendencias de los mercados laborales al generar empleo informal, con una mayor flexibilización en las relaciones individuales de trabajo, sin que se presente una autorregulación de las relaciones colectivas (7). De esta forma, el empleo aparece como un determinante de la salud, más allá de las condiciones inmediatas de trabajo que afectan a aquellas personas que deben trabajar en condiciones precarias (16).

Esto no quiere decir que los cambios institucionales no repercutan también en las condiciones de trabajo, ya que la reforma en salud no solamente dio paso a una orientación gerenciada en la que se incorporó el aseguramiento y la intermediación financiera, sino que también incidió en la organización de los hospitales como empresas sociales del Estado, las cuales debían generar contratos para la provisión de servicios de salud; así, se les orientó a modernizar su gestión, incluyendo la reducción de su planta de personal y pasar a modalidades precarizadas de contratación laboral (12). En este marco se presentan cambios en las políticas laborales, pero también en la organización del trabajo. Se incrementan las acciones administrativas, se limitan las acciones asistenciales y se implementa un modelo de trabajo por metas en las acciones de salud pública, que repercuten en una intensificación del trabajo, en condiciones de debilitamiento de los mecanismos de trabajo en equipo y apoyo social, por la tensión que se genera entre los distintos tipos de trabajadores (11), tal y como se presentó en otros países de la región (8,17).

Como se mostró en los resultados de este estudio, la implementación del cambio en las modalidades de contratación no conllevó un ejercicio real de autonomía por parte del trabajador, al cual se le asigna una condición de "independiente"; sino que, en una alta proporción, sigue asumiendo las condiciones que en el país configuran una relación laboral: cumplimiento

de horario, en el local provisto por el contratante y bajo su subordinación. Adicionalmente, esto repercute en el ingreso recibido, lo cual viola la jurisprudencia, que orienta al reconocimiento de igual salario a igual trabajo, a la vez que se ven sometidos a una mayor incertidumbre frente al futuro, en un contexto de pérdida de mecanismos de apoyo social (11).

Esta situación también tiene consecuencias en aspectos como la carga cuantitativa y cualitativa de trabajo; se presenta una mayor intensidad de la primera en los trabajadores que operan en la administración y en el campo de la salud pública que en aquellos vinculados con la prestación de servicios asistenciales, quienes están sometidos a mayores demandas cognitivas, como en otros contextos similares (8,17).

Es importante resaltar que, en relación con las condiciones de salud, el aspecto que presentó una valoración negativa mayor fue la falta de vitalidad, presente en forma importante tanto en trabajadores de planta como en aquellos sometidos a modalidades de contratación indirecta, lo cual indica que los procesos de precarización vienen afectando al conjunto de trabajadores, hombres y mujeres, con manifestaciones diferenciales, tal y como se presentó en los resultados.

También es necesario señalar que los hallazgos de este estudio coinciden con lo encontrado en diferentes investigaciones, frente a las condiciones desventajosas que presentan las mujeres respecto a los hombres en diferentes aspectos, tanto de remuneración, manejo del tiempo, doble presencia y mayor afectación por condiciones de maltrato, entre otros.

Por último, es importante anotar que una limitación de este estudio fue no haber podido efectuar un análisis de las diferencias entre distintos grupos de trabajadores, de acuerdo con su nivel de formación y campo profesional, si bien la ventaja es que cubrió a personas de variados niveles educativos y no se redujo a un grupo profesional exclusivamente, como el personal de enfermería o medicina, como frecuentemente se encuentra en la literatura.

Agradecimientos

Agradecimientos a las directivas, trabajadores y trabajadoras de los hospitales del Sur, Engativá, La Victoria, Meissen, Nazareth, Pablo VI, Santa Clara, Suba, Tunal, Tunjuelito, Usme, y a la Secretaría Distrital de Salud. Un reconocimiento especial a la participación de los profesionales de la SDS Stella Vargas, Rubén Caballero y Jhon Benavides; a los profesores y profesoras Camilo Pulido, Luz Mery Carvajal, Claudia García, Carmen Pico, Luz Dary Naranjo, Luis Alberto Lesmes, y a los estudiantes Alejandro Martínez, Linda Acosta, Patricia Abella, Lindy Pinzón, Alejandra Andrade, Lina María Alarcón, Diana Castillón, Laura Castro, Ángela Susana Piñeros.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Colaboremos por la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 [internet]. 2006 [citado: 2015 mar, 10]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Llamada a la acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una Década de Recursos Humanos para la Salud en las Américas [internet]. 2005 [citado: 2015 mar, 10]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf

3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Encuentro Subregional Andino 2007. Desarrollo de recursos humanos en salud en la agenda de integración subregional hacia el cumplimiento de las metas regionales de recursos humanos en salud 2007-2015 [internet]. 2007 [citado: 2015 mar, 10]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/eaLaPaz.pdf

4. Alcaldía Mayor de Bogotá. Resolución 0648 de 2014, por medio de la cual se adopta la Política de talento humano del sector público de la salud del Distrito Capital [internet]. 2 de abril de 2014 [citado: 2015 mar, 10]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DTH/Documents/Resoluci%C3%B3n%20648%20PTH.pdf

5. Schnall PL, Dobson M, Rosskam E. Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2011.

6. Martínez-Alcántara S. El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo.

México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 1997.

7. Brito-Quintana PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000;8(1/2):43-5.

8. Machado AL, Giacone M, Álvarez C, Carri P. La reforma de la salud y su impacto en los trabajadores del sector: el caso Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, Argentina. Medicina Social. 2007;2(4):17-26.

9. Oramas-Viera A, Santana-López S, Vergara-Barrenechea A. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2006;7(1,2):34-9.

10. Duro-Martín A. Modelo conjunto de calidad de vida laboral y salud mental en el trabajo: Valor explicativo del modelo y de sus escalas. Cuadernos de Administración Universidad del Valle. 2008;39:9-18.

11. García-Álvarez CM. El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. Univ. Psychol. 2007;6(1):143-54.

12. Tono TM, Cueto E, Giuffrida A, Arango CH, López A. Hospitales públicos y reformas del servicio de salud. En: Glassman A, Escobar ML, Giuffrida A, Giedion Ú, eds., Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. pp. 85-114.

13. Sánchez J, Ahumada C. La globalización y las reformas de los noventa. Su impacto sobre la situación económica y social de Colombia: el caso de la salud en Bogotá. Papel Político. 2004; 16:29-75.

14. Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensen TS. ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Arch Prev Riesgos Labor. 2005; 8(1):18-29.

15. Pulido-Martínez HC, García-Álvarez CM, Carvajal Marín LM. Entre bendiciones y perjuicios. Mapeando el lugar y las operaciones de la psicología en relación con el trabajo en el sector de la salud en Bogotá. En: Restrepo O, ed., Ensamblando estados. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. pp. 355-370.

16. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. España: Icaria Editorial; 2010.

17. Cruz-Robazzi MLC, Chaves-Mauro MY, Barcellos Dalri, Almeida da Silva L, Oliveira Secco IA, Pedrão LJ. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enfermer. 2010; 26(1):52-64.

Recibido para evaluación: 3 de julio de 2015
Aceptado para publicación: 14 de julio de 2016

Correspondencia
Jairo Ernesto Luna-García
jelunag@unal.edu.co

Entidad financiadora: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá