



Universitat Autònoma de Barcelona

Estudios de Doctorado en Psicología Social

**BIENESTAR LABORAL EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA**

**La doble cara de la organización sanitaria:
Factores saludables y de riesgo psicosocial**

TESIS DOCTORAL

Francisco Javier López Crespo

Director

Dr. Josep M^a Blanch

2012



Universitat Autònoma de Barcelona

Estudios de Doctorado en Psicología Social

**BIENESTAR LABORAL EN PROFESIONALES
DE LA MEDICINA**

**La doble cara de la organización sanitaria:
Factores saludables y de riesgo psicosocial**

TESIS DOCTORAL

Francisco Javier López Crespo

Director

Dr. Josep M^a Blanch

2012

**A Leo y a Ibaixu,
los dos motores que me impulsan en la vida
y en este camino del conocimiento.**

AGRADECIMIENTOS

Me resulta difícil mostrar con palabras el profundo agradecimiento que siento por tantas personas que me han acompañado, en determinados momentos, desde distintos lugares, en este camino del conocimiento.

Construir una tesis doctoral es un trabajo aparentemente individual, que lo firma una única persona, en este caso quien lo ha desarrollado, pero creo que también es un producto co-construido con quienes nos ayudan y estimulan. Y no me refiero únicamente a aquellas personas con las que he tenido la oportunidad en mayor o menor medida de interactuar, aprender e intercambiar opiniones, sino también con aquellas que he conocido a través de sus obras, leído y sentido sus ideas, y con las que he debatido infinidad de temas en nuestros encuentros en reuniones, congresos y conferencias.

Muchas son las que me han ayudado en este proceso de construcción personal y de aprendizaje continuo. Son personas que han estado ahí, desde el inicio del trayecto, y a quienes sigo sintiendo cerca, ahora que el camino está cercano a la meta. De entre ellas, destaca el MAESTRO Dr. Josep M^a Blanch, máximo acompañante en mi camino como doctorando, al que siempre agradeceré lo mucho que me ha enseñado, la seguridad y la confianza que me ha infundido y los consejos y valores que me ha aportado para desarrollar mi trabajo.



Xavier, Silvia Varela, Paola González, Antonio Stecher, Paola Ochoa ...) y de la Red *coLABORando*. Sin sus aportaciones y apoyo, mi experiencia doctoral hubiera sido distinta de la que es ahora, sin duda menos rica. Me han hecho sentir miembro de un magnífico equipo de investigación.

Esta tesis incorpora reflexiones y propuestas recibidas en el marco de las sesiones de trabajo de los viernes del grupo UAB en el marco de los proyectos *Kofarips* y *Wonpum*¹ (Kathy Kuschel, Miguel Sahagún, Diana Hermoso, Genís Cervantes, Milton Morales, Marlon



De igual manera no puedo pasar por alto a los profesores del departamento de psicología social de la UAB, sobre todo a Leonor Cantera y a Juan Muñoz Justicia, y también a Luzma Martínez, Ana Garay, Marisela, Félix

¹ Proyectos KOFARIPS (2008-11). Ref: SEJ2007-63686/PSIC y WONPUM (2012-14). Ref: PSI2011-23705. IP: JM Blanch, UAB.

Vázquez, Joan Pujol, etc., de los cuáles, a pesar de las diferencias en cuanto a los respectivos posicionamientos epistemológicos, he aprendido mucho de marcos teóricos que desconocía por completo.

Y aunque de manera más lejana en el tiempo, también me gustaría nombrar y agradecer a dos de mis profesores de mi época de estudiante en la UPV/EHU que me marcaron e influyeron en que orientara mi dirección por el camino de la psicología social, Darío Páez y Sabino Ayestarán. Ambos con su magisterio, me descubrieron la gran dimensión de este área de conocimiento. De hecho, gracias al segundo, conocí unos textos de Josep M^a Blanch allá por el curso 1992/1993, con quien más tarde iba a compartir caminos y actividades en vivo y en directo por razón de este trabajo.

En lo institucional, agradezco a la Universidad Abat Oliba CEU y a mis jefes el que me han permitido disponer de parte de mi tiempo laboral para dedicarlo a la investigación, y más concretamente a este Doctorado.

A mis compañeros y compañeras de mi Universidad, que me han animado en los momentos de tinieblas. De todos ellos, quiero destacar a Julia López, amiga y coach personal, que ha sabido ser mi espejo, me ha ayudado a tomar conciencia y a motivarme en el camino, sin olvidar sus orientaciones de expresión escrita, que han favorecido mucho el estilo de este trabajo. Tampoco puedo olvidarme de mi equipo, Ana y M^a Carmen, que me han sufrido, motivo que a veces les ha restado por mi parte, la atención que se merecían.

También a Leo, mi querida madre y a Ibaixu, mi amado hijo, sin duda los referentes que he utilizado en los momentos de desánimo en este trabajo y que han sido mi motor y fuerza en este largo camino. Como no también, a Sonia, mi mujer, por su generosidad y por las largas horas de soledad que se precisan para trabajar en el mundo de las ideas; a Migues (sic), mi hermano; mi padre, Antonio; y a mis amigos de Bilbao y Barcelona que han sido un acicate para llevar a buen puerto esta empresa. Gracias a la ayuda y comprensión de todos ellos he logrado entrelazar satisfactoriamente la vida familiar, la laboral, el trabajo doméstico y esta investigación.

Y por último, quiero agradecer profundamente a todos los profesionales de la medicina que han participado desinteresadamente en este trabajo y que forman parte principal de él. Sin ellos, no hubiera sido posible ir más allá de la teoría.

A todos y cada uno de vosotros mi más profundo agradecimiento. Espero, devolveros una mínima parte de lo recibido con esta humilde aportación a la psicología. Confío en haber contribuido en algo, al bienestar y la salud ocupacional de los trabajadores y trabajadoras de nuestra sociedad.

ÍNDICE

Resumen / Summary / Resum

Presentación

Introducción

PARTE I: MARCO TEÓRICO 35

Capítulo 1. Cambios en el mundo del trabajo y en el sector sanitario 37

1.1 Influencia del postfordismo y globalización en el mundo del trabajo 40

1.2 Tendencias en el sector sanitario. El advenimiento del *New Management* 42

1.3 La mercantilización de la sanidad pública 47

1.4 Tecnologización de la medicina 48

1.5 Balance del capítulo 49

Capítulo 2. Contexto organizacional y factores psicosociales del trabajo en la profesión médica 51

2.1 Condiciones de Trabajo y Bienestar Laboral General 53

2.2 Organización Saludable y Modelo de Demandas y Recursos Laborales 69

PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO. 75

Capítulo 3. Método 77

3.1 Preguntas, hipótesis y objetivos 79

3.2 Diseño 81

3.3 Participantes 82

3.4 Instrumentos 85

3.4.1 Guía de entrevista 85

3.4.2 <i>Focus Group</i>	88
3.4.3 Cuestionarios de la encuesta.	89
3.5 Procedimiento	90
3.6 Ética de la investigación	91
Capítulo 4. Resultados	93
4.1 Condiciones de trabajo (CT).	96
4.1.1 Tendencias comunes	100
4.1.2 Diferencias según variables censales	104
4.1.2.1 CT por países	106
4.1.2.2 CT por sexo	108
4.1.2.3 CT por responsabilidades directivas	108
4.2 Bienestar laboral general (BLG)	111
4.2.1 Tendencias comunes en bienestar laboral general	111
4.2.2 Tendencias diferenciales por variables censales	113
4.2.2.1 BLG por sexo	113
4.2.2.2 BLG por países	113
4.3 Descriptores de experiencia laboral	115
4.4 Los recursos sociales en el trabajo de la medicina.	117
4.5 Condiciones de trabajo, bienestar psicosocial y efectos colaterales	125
4.6 Bienestar laboral general y ambiente social.	128

Capítulo 5. Discusión	131
5.1 Resumen de los resultados.	133
5.1.1 La cara Positiva.	133
5.1.2 La cara Negativa.	140
5.1.3 La situación en España y Latinoamérica	145
5.1.4 Organización sanitaria NO saludable	146
5.2 Comparación de los resultados obtenidos con los esperados	148
5.2.1 Factores de riesgo e indicadores saludables	150
5.2.2 De la hipótesis a los resultados	154

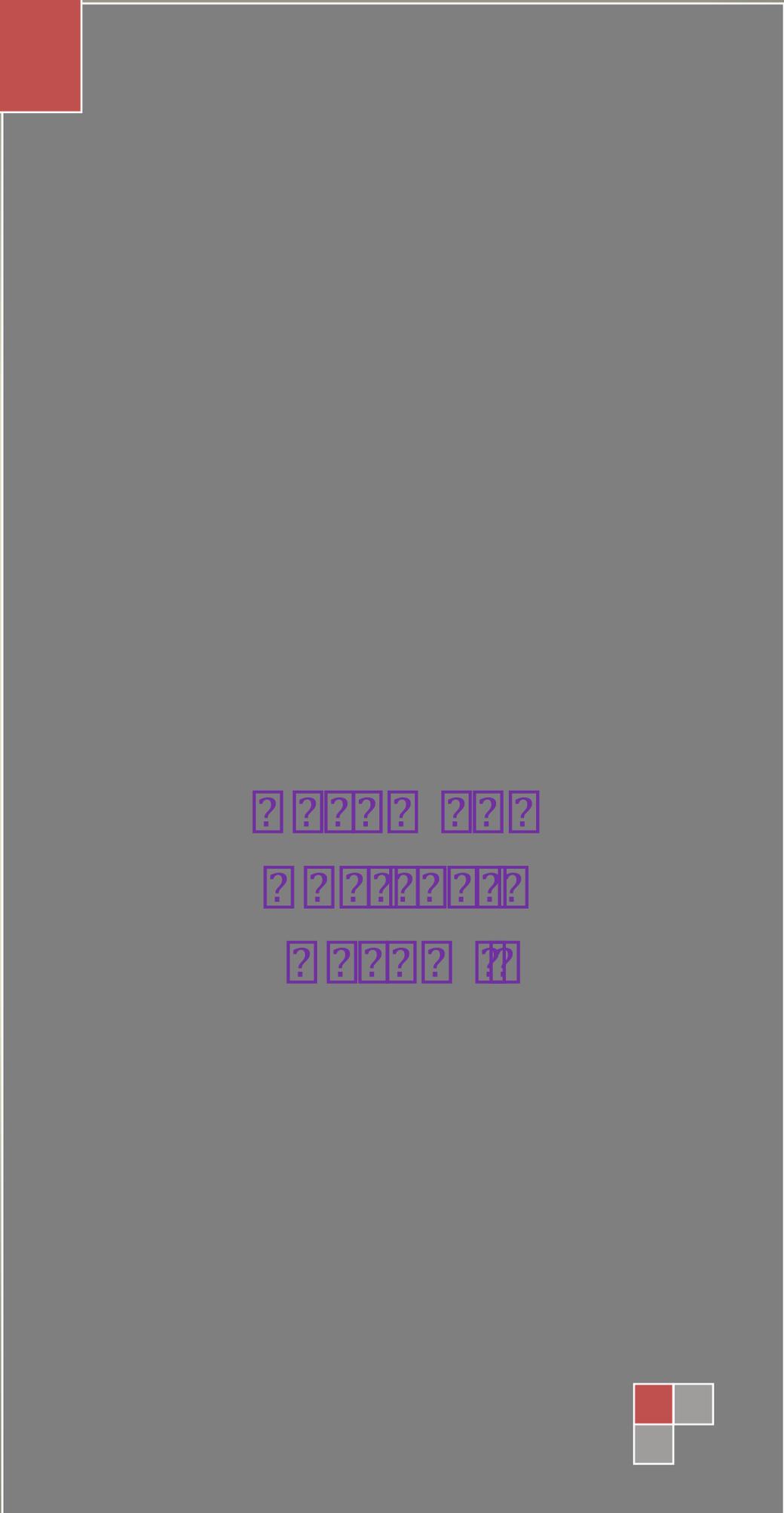
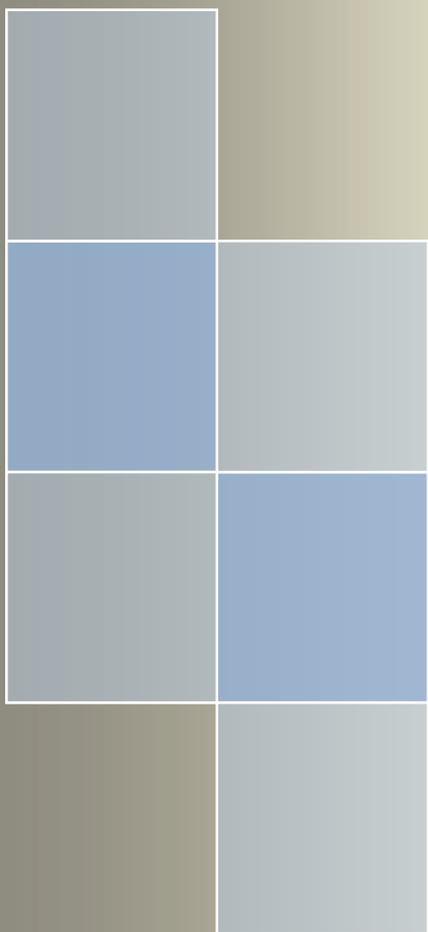
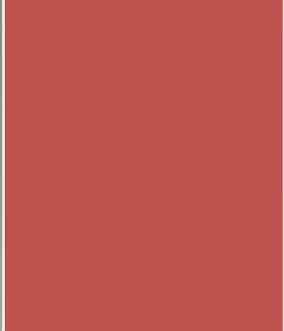
Conclusiones

Referencias

Índices de tablas y de figuras

Anexos

1. Cuestionarios (CT y BLG)
2. Consentimiento informado
3. Guía de la entrevista
4. Guía Focus Group



? ? ? ? ? ? ? ?
? ? ? ? ? ? ? ? ?
? ? ? ? ? ? ? ?



RESUMEN

Bienestar Laboral en Profesionales de la Medicina.

La doble cara de la organización sanitaria:
Factores Saludables y de Riesgo Psicosocial.

Las megatendencias globalizadoras y postfordistas han inspirado las reformas modernizadoras de los sistemas sanitarios. Esta reorganización empresarial de los servicios de salud ha generado importantes mejoras en los recursos materiales y tecnológicos de los mismos, pero también notables cambios en las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina. Estas transformaciones, combinadas con el aumento de las demandas sociales a la sanidad y de la consiguiente presión asistencial, están en el origen de los procesos actuales de intensificación y sobrecarga del trabajo médico.

En este contexto, surge la pregunta sobre la influencia de las nuevas condiciones de trabajo en el bienestar laboral y en la salud ocupacional de los profesionales de la medicina. Para responderla, se diseñó una investigación que combinó metodología cualitativa y cuantitativa. En ella participaron (voluntariamente) 281 profesionales de la medicina de España (47,7%) y de América Latina (52,3%), empleados en hospitales, a quienes se accedió mediante un muestreo de conveniencia, intencional y estratificado por sexo (55,4% hombres y 44,6% mujeres), edad ($X=43,16$ años, $SD=11,19$), antigüedad en la profesión ($X=16,51$ años, $SD=10,85$) y en el centro de trabajo ($X=10,75$ años, $SD=9,97$), tipo de contrato (permanente = 70,8%, temporal= 29,2%) y asunción de responsabilidades directivas en el centro (No=70,9%, Sí= 29,1%). Todos ellos contestaron un amplio cuestionario que permitió recoger información sobre las variables principales del estudio: los aspectos materiales, sociales y psicosociales de las condiciones de trabajo y las dimensiones cognitivas, emocionales y somáticas del bienestar laboral.

Los resultados pusieron de manifiesto la tendencia general a una valoración moderadamente positiva de las condiciones de trabajo y del bienestar laboral general, contrapesada por sentimientos y percepciones ambivalentes hacia el contexto y la propia experiencia laboral: En la cara positiva, destacó una valoración de los aspectos materiales y tecnológicos del entorno de trabajo, así como el clima social en los grupos de trabajo y el apoyo social horizontal de parte de colegas. En la negativa sobresalió un complejo entramado de sobrecarga laboral y de intensificación y aceleración del tiempo de trabajo, crecientes niveles percibidos de estrés laboral y algunos síntomas menores relacionados con la salud física y mental, todo ello asociado al aumento percibido de la presión asistencial y de los nuevos requerimientos técnicos y

administrativos de la información que los profesionales deben producir y gestionar.

En esta espiral de ambivalencia, los recursos materiales, técnicos y sociales aparecieron como amortiguadores de los efectos sintomáticos; mientras que el malestar difuso fue percibido como contrapeso de aquellos aspectos positivos de la calidad de vida laboral.

En el plano práctico, estos resultados ponen de relieve la doble pertinencia de prevenir los factores de riesgo psicosocial asociados a la sobrecarga de trabajo y a la presión asistencial y también de promover los dispositivos estructurales y organizacionales facilitadores del sostenimiento de un entorno laboral saludable. Dos procesos de signo contrario dificultan esta tarea: por una parte, el factor percibido como el punto más fuerte de las actuales condiciones de trabajo es el clima social positivo en los equipos de trabajo, que funciona como caldo de cultivo de compañerismo y de apoyo mutuo. Por otra, esta vinculación con colegas y con el grupo aparece como uno de los elementos más amenazados por la sobrecarga de trabajo, ya que el déficit de tiempo disponible afecta indirectamente a las oportunidades de refuerzo de la cohesión grupal. Estas constataciones plantean nuevos desafíos para la investigación y para la intervención en los campos de la organización y gestión de recursos humanos en lo que concierne a los profesionales de la medicina.

Palabras clave

Bienestar laboral, calidad de vida laboral, condiciones de trabajo, organización saludable, personal médico, riesgo psicosocial.

SUMMARY

Work Wellbeing for Medical Professionals.

Two sides of the health organisation: Health Factors and Psychosocial Risks.

Global, post-Fordism megatrends have inspired modernising reforms of the health systems. This corporate reorganisation of the health services has brought about significant improvements in material resources and their technologies, but also notable changes in the working conditions of medical professionals. These transformations, combined with an increase in the social demands upon the health system, and the consequent patient load, are the cause of the current processes of work intensification and overload in the medical profession.

In this context, the question arises concerning the influence of new working conditions on wellbeing and occupational health of medical professionals. To answer this question, a study was designed which combined qualitative and quantitative methodologies. 281 medical professionals, employed in hospitals, participated voluntarily: 47.7% from Spain and 52.3% from Latin America. These were accessed through both convenience and deliberate sampling, and stratified by gender (men, 55.4% and women, 44.6%), age ($X = 43.16$ years, $SD = 11.19$), duration in both profession ($X = 16.51$ years, $SD = 10.85$) and place of work ($X = 10.75$ years, $SD 9.97$), type of contract (permanent = 70.8%, temporary = 29.2%) and assumption of managerial responsibilities in the work place (No = 70.9%, Yes = 29.1%). All subjects answered an extensive questionnaire that allowed information to be gathered about the main variables of the study: the material, social and psychosocial aspects of work conditions and the cognitive, emotional and physical dimensions of employee welfare.

The results highlight the general trend towards a moderately positive assessment of working conditions and general employee wellbeing. This trend is offset by ambivalent feelings and perceptions towards the work environment and personal work experience: on the plus side, a positive evaluation of the material aspects and technologies in the work environment stood out, as well as the social climate in work groups and peer support. On the down side, a complex framework of increased workload stood out, along with an intensification and acceleration of work time, perceived increasing levels of work-related stress and certain minor symptoms related to physical and mental health, all of which were associated with a perceived increase in patient load and new technical and administrative requirements for the information that the professionals have to produce and manage.

In this spiral of ambivalence, the material, technical and social resources seemed to mitigate the symptoms, while the vague malaise was perceived to offset those positive aspects of the quality of working life.

On a practical front, these results highlight the dual relevance of reducing the psychosocial risk factors associated with work overload and attendance pressure, and promoting structural and organisational mechanisms that facilitate the maintenance of a healthy working environment. Two contrasting processes make this task difficult: on the one hand, the factor perceived as the main strength of current work conditions is the positive social climate among the work teams, which acts to cultivate camaraderie and mutual support. On the other hand, this link with colleagues and the group seem to be one of the elements most threatened by work overload, since the lack of available time indirectly affects opportunities for reinforcing group cohesion. These findings present new challenges for the study and for intervention in the fields of organisation and management of human resources with regard to medical professionals.

Key words

Work wellbeing, quality of working life, working conditions, healthy organisation, medical staff, psychosocial risk.

RESUM

Benestar Laboral en Professionals de la Medicina.

La doble cara de l'organització sanitària:
Factors Saludables i de Risc Psicosocial.

Les megatendències globalitzadores i postfordistes han inspirat les reformes modernitzadores dels sistemes sanitaris. Aquesta reorganització empresarial dels serveis de salut ha generat importants millores en els recursos materials i tecnològics dels mateixos, però també notables canvis en les condicions de treball dels professionals de la medicina. Aquestes transformacions, combinades amb l'augment de les demandes socials a la sanitat i de la consegüent pressió assistencial, estan en l'origen dels processos actuals d'intensificació i sobrecàrrega del treball mèdic.

En aquest context, sorgeix la pregunta sobre la influència de les noves condicions de treball en el benestar laboral i en la salut ocupacional dels professionals de la medicina. Per respondre-la, es va dissenyar una investigació que va combinar metodologia qualitativa i quantitativa. Hi van participar (voluntàriament) 281 professionals de la medicina d'Espanya (47,7%) i d'Amèrica Llatina (52,3%), empleats en hospitals, als quals es va accedir mitjançant un mostreig de conveniència, intencional i estratificat per sexe (55,4% homes i 44,6% dones), edat ($X = 43,16$ anys, $SD = 11,19$), antiguitat en la professió ($X = 16,51$ anys, $SD = 10,85$) i en el centre de treball ($X = 10,75$ anys, $SD = 9,97$), tipus de contracte (permanent = 70,8%, temporal = 29,2%) i assumptió de responsabilitats directives al centre (No = 70,9% Sí = 29,1%). Tots ells van contestar un ampli qüestionari que va permetre recollir informació sobre les variables principals de l'estudi: els aspectes materials, socials i psicosocials de les condicions de treball i les dimensions cognitives, emocionals i somàtiques del benestar laboral.

Els resultats van posar de manifest la tendència general a una valoració moderadament positiva de les condicions de treball i del benestar laboral general, contrapesada per sentiments i percepcions ambivalents cap al context i la pròpia experiència laboral: A la cara positiva, va destacar una valoració dels aspectes materials i tecnològics de l'entorn de treball, així com el clima social en els grups de treball i el suport social horitzontal de part de col·legues.

A la negativa va sobresortir un complex entramat de sobrecàrrega laboral i d'intensificació i acceleració del temps de treball, creixents nivells percebuts d'estrès laboral i alguns símptomes menors relacionats amb la salut física i mental, tot això associat a l'augment percebut de la pressió assistencial i dels

nous requeriments tècnics i administratius de la informació que els professionals han de produir i gestionar.

En aquesta espiral d'ambivalència, els recursos materials, tècnics i socials van aparèixer com a amortidors dels efectes simptomàtics, mentre que el malestar difús va ser percebut com a contrapès d'aquells aspectes positius de la qualitat de vida laboral.

En el pla pràctic, aquests resultats posen en relleu la doble pertinència de prevenir els factors de risc psicosocial associats a la sobrecàrrega de treball i a la pressió assistencial i també de promoure els dispositius estructurals i organitzacionals facilitadors del sosteniment d'un entorn laboral saludable.

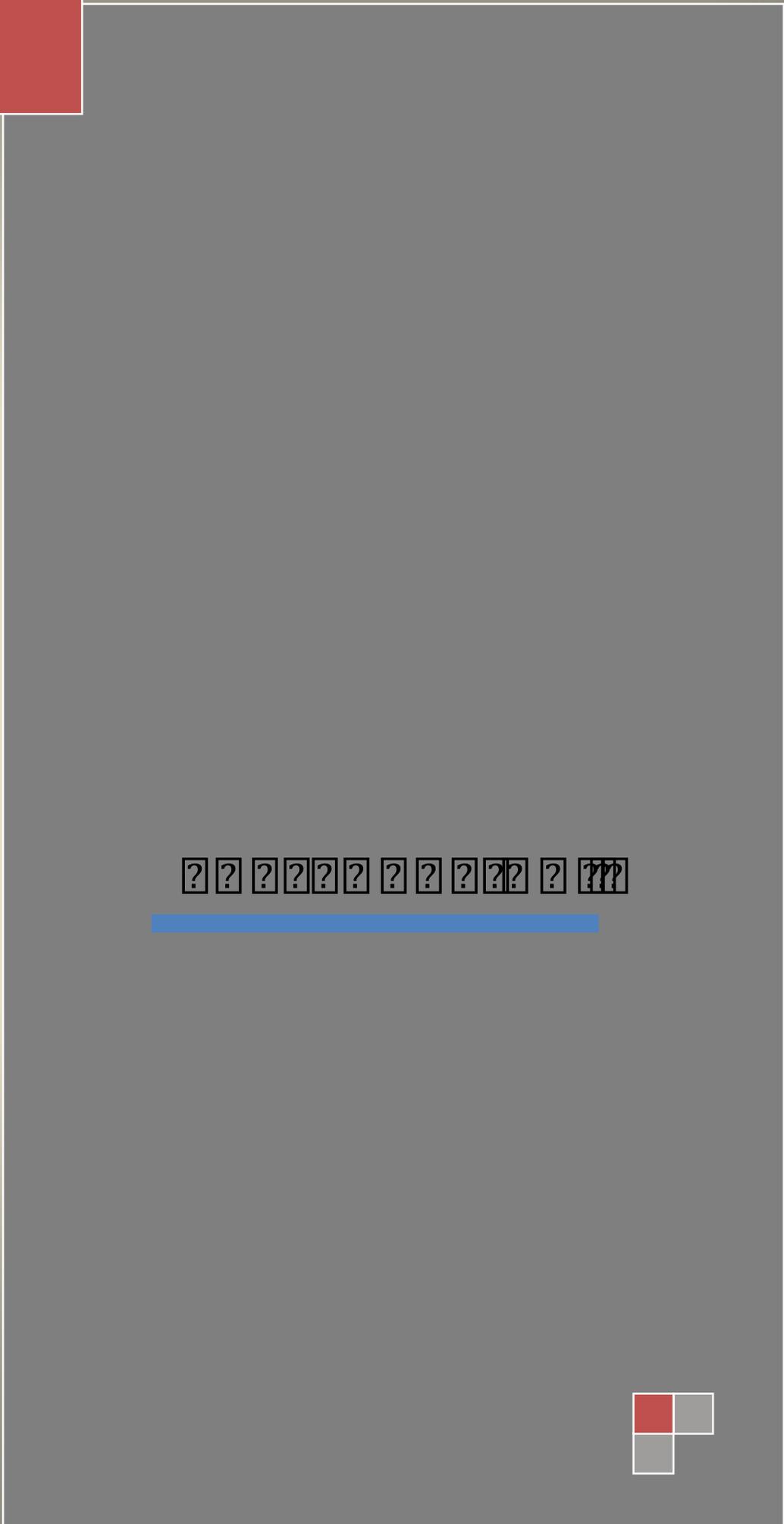
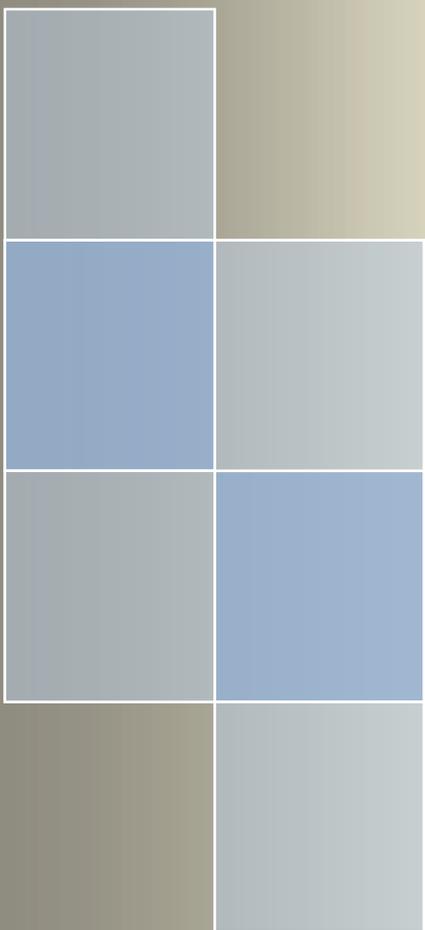
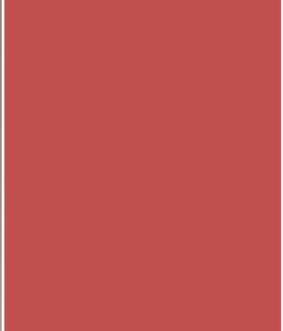
Dos processos de signe contrari dificulten aquesta tasca: d'una banda, el factor percebut com el punt més fort de les actuals condicions de treball és el clima social positiu en els equips de treball, que funciona com brou de cultiu de companyonia i de suport mutu. De l'altra, aquesta vinculació amb col·legues i amb el grup apareix com un dels elements més amenaçats per la sobrecàrrega de treball, ja que el dèficit de temps disponible afecta indirectament a les oportunitats de reforç de la cohesió grupal. Aquestes constatacions plantegen nous reptes per a la investigació i per a la intervenció en els camps de l'organització i gestió de recursos humans pel que fa als professionals de la medicina.

Paraules clau

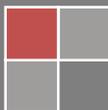
Benestar laboral, qualitat de vida laboral, condicions de treball, organització saludable, personal mèdic, risc psicosocial.

*“If men define situations as real,
they are real in their consequences”*
(Thomas: 1928:572)

Felix qui potuit rerum cognoscere causas
(Virgilio: Geórgicas, ii, 490)



?? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?



Creo que no hay mejor manera de presentar un trabajo, que desde la reflexividad individual que uno consigo mismo realiza cuando toma una decisión personal importante. En mi caso, el interés por arrojar luz a las relaciones entre los factores psicosociales y el bienestar en el trabajo, viene de mucho antes de acabar la licenciatura de psicología. No sé si por vocación o por convicción, siempre me ha parecido que el “ser feliz”, signifique lo que signifique, implica serlo en todas las áreas de la vida. El trabajo, siendo un área de la vida tan central en nuestra sociedad, debe ser una fuente de felicidad y satisfacción, más allá de lo meramente instrumental.

Las experiencias de la vida en el trabajo, me han ido conformando una visión personal del mismo y de su significado; por ello, ante la realidad variopinta de mi carrera personal, la acumulación de mayores conocimientos y la madurez personal que dan los años, me he interesado por esos factores que envuelven el trabajo y que están presentes en cada uno de nosotros, dentro de nuestra jornada laboral, aportándonos felicidad (o no).

Así que mi pensamiento -y mi posicionamiento ético-político al respecto- es que el bienestar en el trabajo debe ser una aspiración, un valor fundamental y un derecho, unido a la aspiración humana del bienestar y la felicidad, tal y como desde los años 60 del siglo pasado se fue gestando en el movimiento de *calidad de vida* (Nadler & Lawler, 1983; Blanco, 1988, Ryff, 1989; Ardila, 2003). Es en este contexto reflexivo y de historia personal que surge la preocupación, la pregunta y la orientación central de esta tesis, que apunta a profundizar en el conocimiento de los factores y mecanismos psicosociales implicados en el bienestar laboral de los profesionales de la medicina, que constituyen un colectivo clave en la prestación de los servicios de salud, que a su vez conforman uno de los pilares del llamado Estado del Bienestar (Blanco, 1985).

La elección del tema y del campo de investigación responde razones de una múltiple oportunidad: por un lado, el mundo de la sanidad atraviesa actualmente a nivel global y local un profundo proceso de reforma, y por otro, en el personal médico se reflejan y condensan procesos que afectan al conjunto de los trabajadores en el campo de los servicios humanos (*human services*), que viven oportunidades de mejorar sus condiciones materiales, técnicas, sociales y psicosociales de su trabajo y que al tiempo están expuestos a los más diversos factores de riesgo psicosocial.

La evolución hacia la medicina de la evidencia, la “tecnologización” de la misma, las tensiones presupuestarias y los recortes del gasto sanitario, así como la colonización del servicio público por el *new management*, ofrecen un campo interesante para estudiar el papel de distintos factores psicosociales en el bienestar laboral del profesional de la medicina. Todo ello sin descuidar el marco de referencia de las megatendencias sociohistóricas como la

globalización, el postfordismo y el neoliberalismo como determinantes macrosociales del actual panorama del mundo del trabajo médico sanitario actual.

El presente estudio se enmarca dentro de las coordenadas de la disciplina de la psicología social del trabajo y de las organizaciones, bebiendo de las tendencias hacia una la psicología de la salud ocupacional y una psicología organizacional *positiva*. A la hora de enfocar este trabajo se tienen en consideración las potenciales implicaciones ético políticas de su proceso de elaboración, así como las implicaciones prácticas del mismo, con la aspiración de hacer una psicología, como diría Martín Baró, socialmente transformadora.

Entre las opciones previamente adoptadas a la hora de empezar el trabajo figura la elección de una perspectiva interdisciplinaria, no sólo por que en el estudio del propio fenómeno del bienestar en el trabajo están implicadas distintas disciplinas científicas, con sus correspondientes “escuelas”, sino también por la convicción de que la conciliación de distintas visiones enriquece la comprensión del mismo. Con este mismo ánimo, se procurará sacar el mejor rendimiento del pluralismo metodológico, apostando por combinar y complementar abordajes cualitativos y cuantitativos.

Por ello, se aplicarán técnicas cualitativas, entre las que se incluyen la entrevista en profundidad, el *focus group* y el análisis de contenido temático, y cuantitativas, en forma de encuesta de autoinforme mediante un cuestionario de lápiz y papel que incluya preguntas abiertas y series de ítems cerrados, que facilitarán análisis de datos con estadísticos descriptivos e inferenciales.

Se procurará además orientar esta labor incorporando elementos de la perspectiva crítica en las ciencias sociales y humanas, que permitirá estudiar fenómenos y procesos a la luz de sus circunstancias sociohistóricas y de sus influencias macrosociales. No es esta una tesis sobre el postfordismo, pero sin referirse a él no se comprendería bien lo que actualmente acontece en el mundo de la sanidad pública, ni la evolución de las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina, ni la de las organizaciones sanitarias, principalmente hospitalarias y públicas, en los cuatro países (Brasil, Colombia, Chile y España) en los que se realizó el trabajo de campo.

En la tesis se revisa literatura sobre calidad de vida laboral y bienestar subjetivo o psicológico, desde el prisma de la fuerte y aún en construcción, corriente de la *psicología positiva*. Por ello son de interés no sólo los factores de riesgo estudiados por la psicología del trabajo clásica, sino también el lado más positivo, es decir, los indicadores de salud ocupacional en la organización sanitaria. En todo caso, el foco de atención es la descripción fenomenológica de la vida del profesional de la medicina, atendiendo tanto a

aquellos aspectos que valoran positivamente, como a aquellos otros que son evaluados como negativos para el propio bienestar laboral. De especial interés serán los aspectos subjetivos de las condiciones de trabajo en sentido amplio, así como los factores psicosociales del ambiente sociolaboral y las relaciones interpersonales de apoyo social, y del papel que juegan estas en el bienestar laboral.

A menudo, los estudios sobre condiciones de trabajo, se centran en establecer relaciones entre las condiciones objetivas y el bienestar subjetivo, dejando en un segundo plano la subjetividad² del individuo y/o del grupo que trabajan. El interés aquí es la vertiente más subjetiva del fenómeno y de las variables que inciden en ella, poniendo en primer plano la subjetividad laboral de los profesionales de la medicina (Crespo, 2009), asumiendo de paso el celeberrimo teorema de Thomas (1928), según el cual *si las personas definen las situaciones como reales, estas son reales en sus consecuencias*.

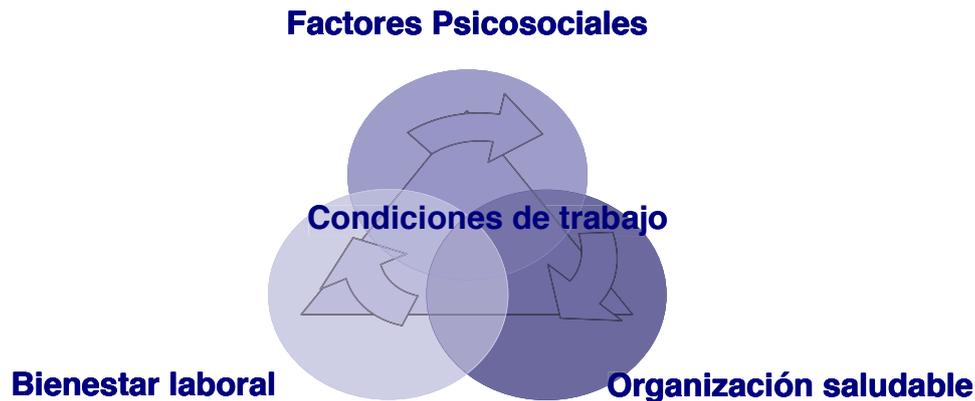
La evaluación de las condiciones objetivas de las condiciones de trabajo es mucho más interesante para la psicología cuando esta evaluación es realizada por las propias personas que se relacionan con ellas. Por consiguiente, este trabajo reconoce e incluye la importancia de esos elementos objetivos, pero desde la visión de las personas que interactúan con ellos. De ahí que el posicionamiento de este trabajo sea fundamentalmente subjetivo e ideográfico. Se presupone que las variables que determinan la calidad de vida y el bienestar general en el trabajo influyen en el modo cómo son percibidas y valoradas por los profesionales sanitarios, en sus circunstancias sociohistóricas y en el contexto de cambio y crisis actual del sector (Slottje, 1991; Becker, Diamond y Sainfort, 1993; Meeberg, 1993; Veenhoven, 1994, 2000; Felce y Perry, 1995; Bravo, Peiró y Rodríguez, 1996; González, Peiró y Bravo, 1996; Cummins, 1997; Haas, 1999; Bowling y Windsor, 2001; Casas, Repullo, Lorenzo y Cañas, 2002; Becker, Klosterkötter, Hambrecht, Knost, Kuntermann y Schiller, 2003; World Bank, 2003; Bognar, 2005; Trujillo, Tovar y Lozano, 2006).

Otro elemento de especial interés en la presente tesis es la organización sanitaria como tal, y cómo esta se sitúa actualmente en comparación con las características de la organización saludable (Miller, 1998; Salanova, 2008). El bienestar laboral está influido no sólo por la dimensión macrosocial que envuelve a la organización y su entorno de trabajo, sino también por la articulación de las *demandas* y *recursos* de trabajo. Por ello, el tercer elemento

² Se entiende subjetividad como el proceso, individual y social, de dar sentido a determinadas situaciones. En relación a la situación laboral, la subjetividad laboral se refiere a la percepción, interpretación y conducta consecuente del individuo en el contexto social de trabajo.

de inspiración de este trabajo es la *organización saludable*, y el desarrollo teórico que proviene desde ciertas tendencias de estudio del bienestar laboral general y de la psicología de la salud ocupacional positiva.

Figura 1: Relación holística de factores de calidad de vida en el trabajo.



En suma, esta tesis procura tener en cuenta tres niveles de investigación:

Primer nivel.- El contexto externo, que engloba los factores económicos, políticos, tecnológicos y sociales, con el análisis de las influencias sobre el bienestar laboral en los profesionales de la medicina, de las mega tendencias del postfordismo, la globalización y las nuevas formas de organización del trabajo.

Segundo nivel.- El contexto organizacional, que está influido por el nivel anterior y que se refiere a los factores psicosociales del entorno laboral en la sanidad, como las condiciones de trabajo en un amplio sentido, focalizando en la carga de trabajo y en la presión asistencial, el *new management* como factor de cultura organizacional y las prácticas directivas de gestión.

Tercer nivel.- El contexto del puesto, el cual está influenciado por el segundo nivel y que se centra en el trabajo en sí del profesional de la medicina y en la percepción subjetiva de su bienestar laboral y su salud ocupacional.

El *National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH, 2002) entiende que estos tres niveles son interdependientes e influyen en la salud ocupacional y bienestar laboral de los trabajadores. El presente trabajo focalizará su análisis en los factores psicosociales de las condiciones de trabajo

que juegan un papel preponderante en el output del bienestar/malestar laboral (Well-Being – Malaise).

El desarrollo de la tesis se ajusta al siguiente guión, una parte primera que engloba el marco teórico con los dos primeros capítulos, y una segunda y última parte que recoge el estudio empírico (método, resultados, dilución y conclusiones).

En el capítulo 1, se realiza la introducción al planteamiento del problema. Se resume la revisión de antecedentes y el estado del arte en relación a la pregunta principal. Se avanza el tipo de estudio así como el método, las preguntas de investigación, los objetivos e hipótesis.

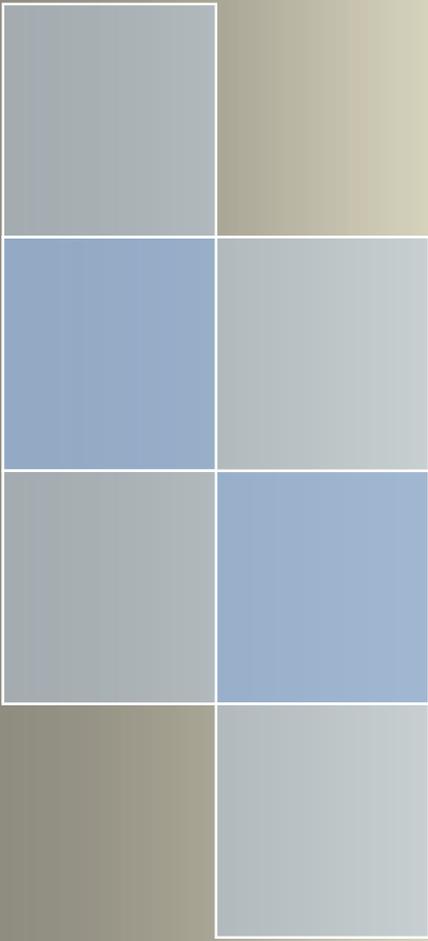
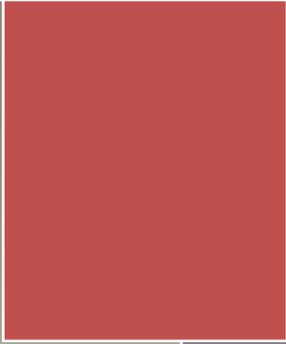
En el capítulo 2, se especifica el marco teórico de la investigación. Se presenta el plan de temas que se desarrolla de acuerdo con el planteamiento del problema.

En el capítulo 3, se detallan las preguntas de investigación así como los objetivos e hipótesis planteadas. Se aborda el diseño de investigación, la metodología, las variables y su operacionalización, así como los instrumentos de recolección de datos. Se da cuenta de la fiabilidad y validez, los participantes y la descripción de aspectos relevantes del trabajo de campo realizado.

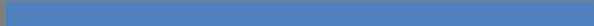
En el capítulo 4, se presentan los resultados cualitativos así como los análisis de datos, los estadísticos y las tablas, cuadros y gráficos. También la integración de datos cualitativos y cuantitativos, y las primeras conclusiones en relación a los conceptos fuertes de condiciones de trabajo, bienestar laboral general y organización saludable.

En el capítulo 5, se realiza la discusión en relación a los objetivos e hipótesis, las fortalezas y debilidades del trabajo realizado, las etapas futuras y proyecciones de futuro.

Nota: El uso gramatical del género masculino que se utiliza en esta tesis es en todo momento de carácter inclusivo y con valor genérico (Bosque, 2012), de modo que al hablar ocasionalmente por ejemplo de “entrevistados” o “encuestados”, se refiere a todas las personas de cualquier género, que fueron entrevistados y entrevistadas, encuestadas y encuestados. Siempre que sea adecuado desde el punto de vista gramatical y para una lectura agradable, se utilizarán formas neutras.



?? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ? ?



La situación de los profesionales de la medicina ha ido evolucionando a lo largo de la historia humana paralelamente a la propia evolución del quehacer médico. La sanidad ha respondido a los cambios sociales y culturales que han acaecido en la sociedad en general, intentando satisfacer las expectativas que esta tiene sobre los servicios de salud. La organización sanitaria como institución, ha progresado en concordancia a esos cambios socioculturales y en paralelo a la evolución de la medicina, modificando sus estructuras, portfolio de servicios, personal, tecnología, etc. Unido a este cambio continuo, el ejercicio profesional de la medicina, y por consiguiente del profesional médico, han ido transformándose en paralelo, no sin tensiones, tanto en el plano de la profesión como en el plano social, político, económico, tecnológico, etc.

A los seis períodos en el desarrollo histórico de la medicina que distingue Laín Entralgo (1990), desde las etapas precristianas hasta el siglo XX, hay que añadir uno nuevo, mediatizado por los fenómenos de la globalización, el postfordismo, la reforma neoliberal y la crisis del Estado de Bienestar. Este nuevo periodo de medicina *mercantilizada* (Homedes y Ugalde, 2002, 2005a, 2005b; Blanch y Stecher, 2010) aparece como un proceso de reorganización sanitaria bajo los preceptos, esquemas y valores de la empresa privada con afán de lucro, que deja en un segundo plano el referente axiológico de servicio público. Por lo tanto, este séptimo periodo histórico de la medicina se caracteriza no sólo por la propia mercantilización de la medicina, un gran desarrollo tecnológico y una medicina basada en la evidencia, sino también en un nuevo paradigma de significado del quehacer médico, donde los valores de la eficiencia y la eficacia basados en la economía de la salud, se anteponen a los criterios de decisiones médicas, inmiscuyéndose en los protocolos sanitarios..

Este intenso devenir, ha hecho aparecer nuevos riesgos psicosociales, emerger otros y alimentar situaciones del mundo laboral que intensifican el ejercicio profesional, que requieren que las disciplinas ocupadas, y preocupadas, por el mundo del trabajo, investiguen ante esta situación. Es perentorio analizar como este nuevo escenario influye en la salud ocupacional del profesional de la medicina.

Asimismo, se observa en paralelo una evolución del perfil de paciente y del modelo de relación asistencial médico-paciente. De la misma manera que el profesional de la medicina ha ido perdiendo prestigio social, el usuario, subjetivado por la sociedad del consumo propia del referente neoliberal, ha ido pasando de ser un usuario pasivo a convertirse en un cliente activo, que tiene derechos y capacidad de exigir (*clientización*). Mientras que antaño el poder y control lo ostentaba el facultativo, en esta etapa mercantilizada el poder se ha transferido en cierta medida al “cliente”, por lo que una nueva fuente de conflictos y de tensión laboral irrumpe en la relación médico paciente (Brock,

1993). Los ciudadanos, en paralelo al desarrollo social y económico experimentado, han elevado las expectativas y estándares de calidad y excelencia, aumentando en consonancia, el nivel de exigencia como pacientes y usuarios del sistema público sanitario. Si las expectativas y conductas del paciente influyen en las dinámicas de comunicación y procesos de interacción con el médico, y también de las expectativas del profesional sobre el primero (Moreno, Rodríguez, Gálvez y Garrosa, 2005), se espera que al exacerbarse las del “cliente” ante un profesional sujeto (y sujetado) por las restricciones imperativas de la eficiencia, el resultado será una fuente continua de conflictos, perdiendo calidad la relación médico paciente y por tanto, aumentando el riesgo del síndrome de quemarse por el trabajo (Freudenberger, 1974; Maslach y Leiter, 1997; Noval 2002; Gil- Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno, 2007).

En muchos países, el escenario sanitario se ha complejizado en los últimos años por la creciente escasez de médicos especialistas, por la eliminación de la interinidad y por el cambio de valores de los jóvenes facultativos que se incorporan al sistema. La dedicación, el compromiso y la exclusividad con la institución profesional han sido a menudo remplazados por el desarrollo personal, la conciliación con la vida familiar y una cultura de crecimiento del individuo no sustentada exclusiva o prioritariamente en los logros profesionales (Pérez, 2007). Además, el incremento cuantitativo y cualitativo de la presión asistencial (masificación, largas listas de esperas, limitación temporal para el acto médico y sobrecarga cuantitativa y emocional) y de la burocratización de la medicina (aumento de las tareas administrativas e informáticas), comportan mayor riesgo psicosocial.

Todo ello confiere relevancia al análisis de la metamorfosis del quehacer profesional sanitario y de su transición desde un determinado espíritu de servicio al paciente y a la comunidad, hacia otro que incorpora componentes de la mentalidad “business”.

En este marco, estudiar las implicaciones organizacionales y laborales en el bienestar de los profesionales de la medicina., hace necesaria una visión holística y comprehensiva que incorpore modelos integrales de factores de riesgo, pero también saludables, y que al tiempo incluya tanto el nivel de análisis individual como el organizacional y el social.

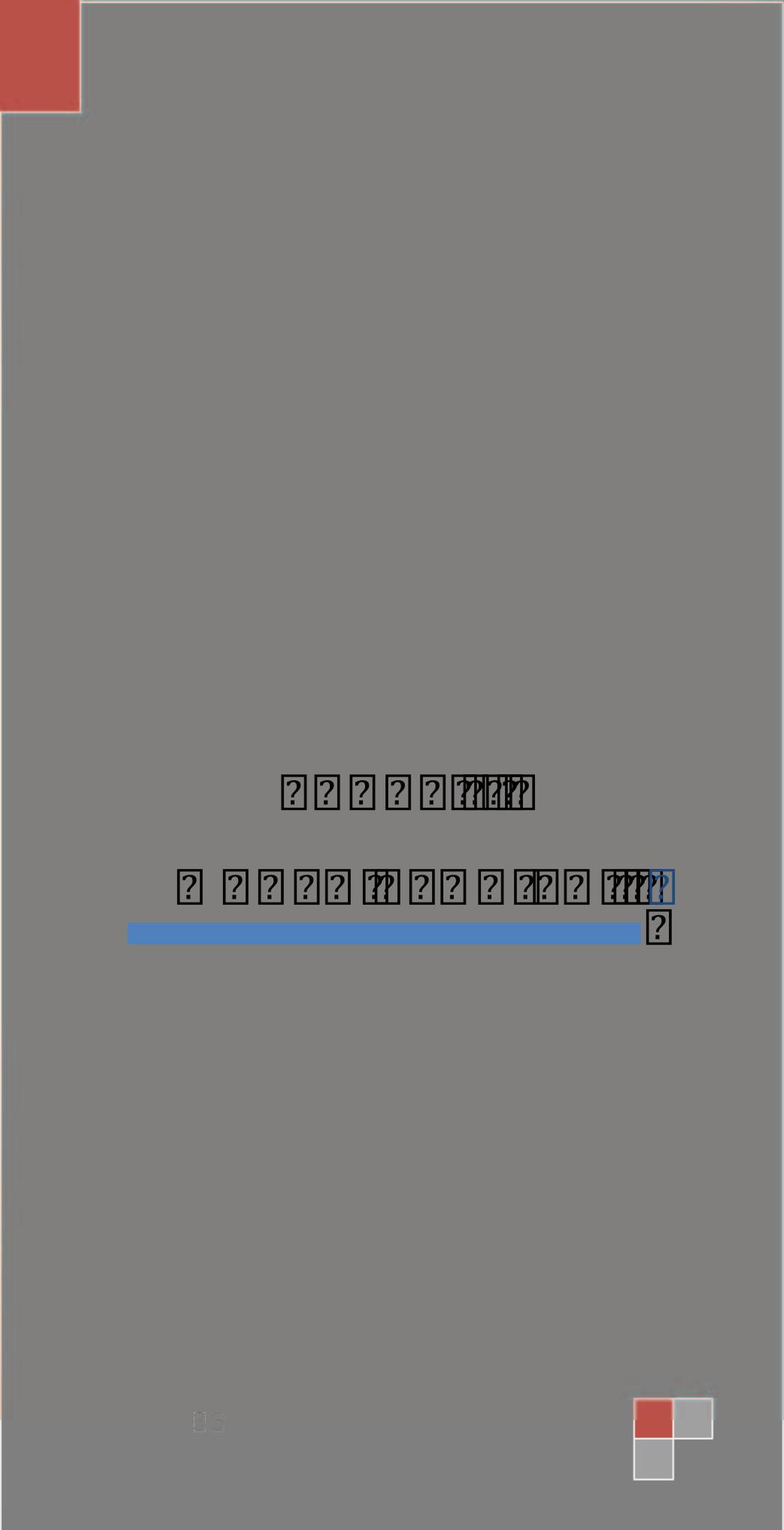
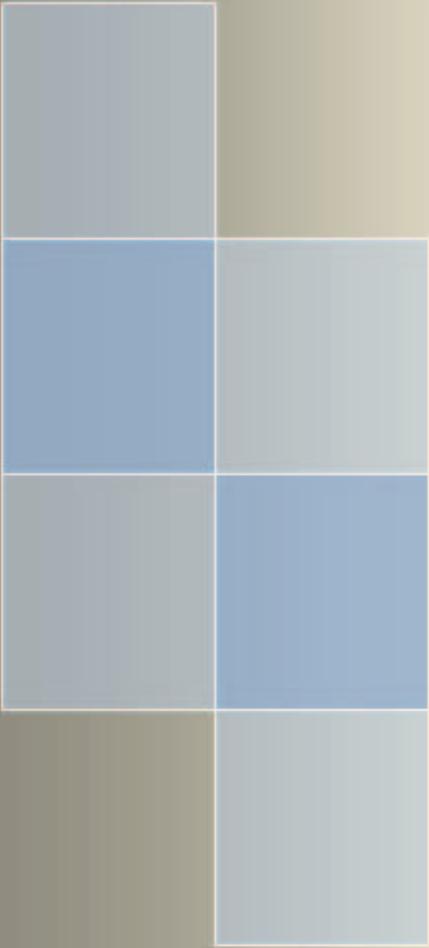
Los profesionales de la sanidad, junto con otros que trabajan también en el sector de los servicios a las personas, han sido objeto de multitud de estudios sobre calidad de vida laboral (Munduate y Barón, 1993; Duro, 2003; Da Silva, 2006), estrés y síndrome de quemarse en el trabajo, convirtiéndose en protagonistas involuntarios de la atención, no sólo de la psicología del trabajo y las organizaciones, sino también de disciplinas como la medicina, la enfermería, la fisioterapia o la educación... del trabajo.

Este interés ha venido motivado por el hecho de que estos profesionales de servicios personales son colectivos de alto riesgo de sufrir el síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte et al., 2007).

Tales ocupaciones se caracterizan por estar ligadas tradicionalmente a una ética humanista de servicio a la comunidad, por una alta vocación de servicio por parte de sus profesionales, por en deseo de desarrollar el trabajo en contacto directo con el usuario y por unas expectativas laborales a las que las organizaciones sanitarias no dan satisfacción la mayoría de las veces. La realidad asistencial y de la organización sanitaria va continuamente confrontando los valores humanistas de dedicación, comunicación, respeto por el paciente, ideal de trato, etc., con los imperativos de la gestión, la sobrecarga, los problemas y conflictos laborales. De este choque entre expectativas y realidad deriva normalmente una ruptura de las primeras, que se traduce en una progresiva desmotivación (síndrome amotivacional), en el aumento de la incidencia problemas de salud y en un decremento de la calidad asistencial (Flórez, 1998).

Este nuevo entorno de trabajo para los profesionales de la salud en general y de la medicina en particular aparece como caldo de cultivo de riesgos psicosociales asociados a la presión asistencial a la sobrecarga de trabajo y al síndrome de quemarse en este tipo de trabajo.

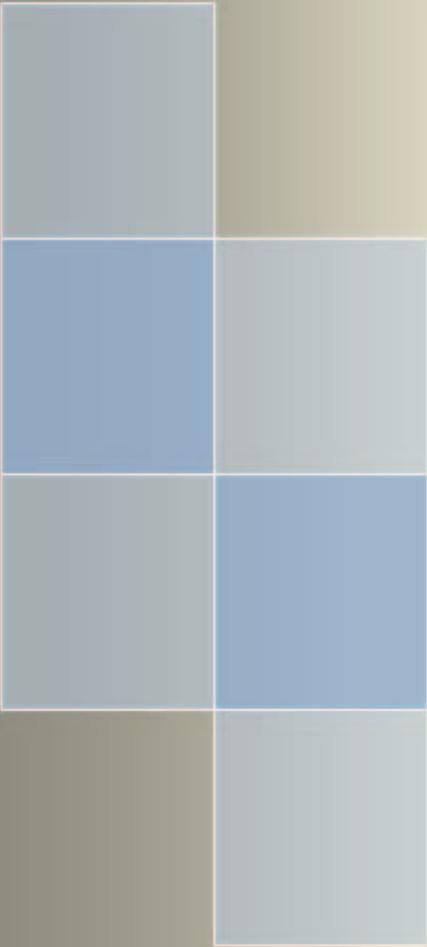
Por todo ello, en la presente investigación se trata de la relación de las (nuevas) condiciones del trabajo médico con la calidad de vida laboral, y más concretamente con el foco de la misma relativo a la salud y al bienestar ocupacionales de los profesionales de la medicina.



? ? ? ? ? ?? ??

? ? ? ? ? ?? ? ? ? ? ? ? ? ? ?





Capítulo 1

Cambios en el mundo del trabajo y en el sector sanitario



En este capítulo se contemplan las transformaciones generales que se están produciendo en el mundo del trabajo, que han tenido su incidencia en mayor o menor medida en el sector sanitario español y en América Latina. A partir de un análisis global y general de los factores macro, se acaba centrando la atención en el cómo esos factores inciden concretamente en el sector sanitario y en la vida laboral de los profesionales de la medicina.

Las transformaciones contemporáneas del mundo del trabajo que, en las últimas décadas, han sido impulsadas por el *postfordismo* y la globalización, han repercutido en cuatro elementos clave:

a) La alteración de la cantidad y calidad del empleo; aumentando la destrucción de puestos de trabajo, del desempleo y de la precariedad laboral (Rifkin 1996), así como la transformación de las ocupaciones, con la desaparición de unas y el nacimiento de otras.

b) La evolución hacia nuevas formas de organización del trabajo; en gran medida muy mediatizadas por la tecnología (Alhama, 2004).

c) La flexibilización laboral; con la pérdida de la seguridad laboral e incremento de la incertidumbre y el aumento de los factores de riesgo psicosocial. Se constata la ruptura con la expectativa del empleo estable y seguro con demandas previsibles.

d) La intensificación del trabajo; que se traduce en la extensión horaria, los horarios irregulares, el trabajo a turnos, y por ende, la dificultad en la conciliación de la vida laboral, personal y familiar (Artacoiz, 2002).

La globalización y el postfordismo han tenido su papel en la economía y en la evolución del mercado de trabajo, tanto en lo organizacional como en lo relativo a la fuerza de trabajo (VV.AA, 2006; Gómez, 2007; Vázquez y Francisco, 2008).

1.1. Influencia del postfordismo y globalización en el mundo del trabajo.

En referencia al fenómeno postfordista, es a partir de los años sesenta cuando empieza el declive del modelo socioeconómico industrial en EEUU, y por extensión, del declive del modelo, que entra en crisis paulatinamente en el resto del mundo capitalista “desarrollado” en los años³ 70 del siglo pasado. Crisis causada por la caída del consumo; el estancamiento de la demanda; la saturación de mercados; la competencia de otros países y el incremento de los precios del crudo. Todo esto conllevó a políticas empresariales de reducción de costes y de aumento de la productividad. En esta línea, las tecnologías de la información y la comunicación (Tics) irrumpieron en las organizaciones paralelamente a la reducción de trabajadores en el mundo laboral, mermando el capítulo de personal (Rifkin, 1996). Las organizaciones comenzaron a reestructurarse con el objeto de incrementar la productividad y optimizar las inversiones en Tics, a la par que las empresas dirigían su producción hacia *paraísos laborales*, con el objeto de evitar las reglas salariales asociadas al presunto incremento del *coste de la mano de obra*. El modelo fordista, no servía de cara a la implementación de Tics de producción, que necesitaban de una autonomía responsable para conducir a un principio de organización superior, con nuevos métodos, y en colaboración con la dirección (Lipietz, 1997). El advenimiento de la reingeniería, de la robótica, los sistemas “lean”, la *gestión de la calidad*, etc., produjeron cambios socioeconómicos y nuevas formas de organización del trabajo (NFOT) que causaron una reducción de la ocupación, que aún persiste, y una dualización social entre empleados y parados, estables y precarios (Martínez, 2000).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), debido a la conflictividad social que supuso la transición a la etapa postfordista, abogó por instar a negociar colectivamente la flexibilidad, tanto en contratos de trabajo, retribución, tiempo de trabajo y organización del trabajo, como en la atribución de un nuevo impulso al rol de los agentes sociales y del Estado (Ozaki, 1999).

La flexibilidad en la relación salarial y la implicación negociada, fueron dos estrategias que se empezaron a imponer de distinta manera, no sólo a nivel de políticas industriales en distintos países, sino también, en las empresas y organizaciones. El categorema de trabajo flexible comprende el trabajo a tiempo parcial, el trabajo temporal y la autonomía aparente; aspectos estos que se observan cada vez más en el sector sanitario, que claramente se ha ido privatizando como cliente de la sanidad pública, con objeto de no funcionarizar

³ La crisis en España comienza en 1974 produciendo también una caída de la ocupación y la elevación del desempleo (García y Ruesga, 1985).

la relación de trabajo, para así poder llevar al límite la flexibilidad en las relaciones laborales con los profesionales de la salud.

Pero la etapa postfordista no sólo supuso para el mercado de trabajo un aumento del desempleo y en muchos casos una precarización del mismo, también significó una crisis social, que Beck (2002) tildó como el advenimiento de una sociedad de riesgo.

El desarrollo multidimensional del postfordismo se produjo al abrigo de la filosofía política del neoliberalismo, que cobra fuerza teórica a mediados del siglo pasado de la mano de Friedrich Hayek y Milton Friedman, impulsores respectivamente de las escuelas Austríaca y de Chicago, que rearmaron la ideología liberal con nuevos argumentos sobre la primacía del mercado sobre el estado, de la economía sobre la política y del individuo sobre la sociedad.

Debido al gran auge del neoliberalismo, las socialdemocracias sufrieron retrocesos en las prestaciones del Estado del Bienestar. El sector sanitario no fue ajeno a esta ola neoliberal, tanto en América Latina como en Europa.

Este es también el contexto histórico de la implantación del proceso de globalización en tanto que integración de las economías locales en una economía de mercado mundial. Esta parece responsable del aumento de desequilibrios sociales, económicos y territoriales, de un aumento de la pobreza y de una desigualitaria redistribución de la riqueza. En el terreno del trabajo, el aumento de la competencia propio de la globalización, amenaza las condiciones de trabajo, el nivel salarial e incluso los derechos laborales de países socialmente avanzados. También se globaliza la precariedad del empleo, cuyas consecuencias se hacen visibles en varios niveles:

a) Laboral, con la precarización de las relaciones laborales y el desempleo (Blanch, 1990; Álvaro, 1992), ambas motivadas en gran medida por los distintos tipos de flexibilización del trabajo y de las relaciones laborales, que conlleva la reestructuración funcional y geográfica de puestos de trabajo y el rediseño de los mismos (Salanova y Schaufeli, 2009).

b) Social, con el aumento de la pobreza, la desigualdad y la disminución de la protección de los trabajadores.

c) Psicológico, con la incertidumbre e inseguridad laboral, fuente de “corrosión del carácter” (Sennet, 2000). Todo ello acompañado además de la visibilización del estrés laboral y del aumento de patologías organizacionales como el acoso, la depresión, la violencia ocupacional, el burnout, etc.

d) Organizacional, con las políticas de calidad y orientación al cliente (Burke, 1982; Landier, 1992, Stenberg, 2002), que en la organización sanitaria han producido cambios en el trabajo de sus profesionales, como el incremento

del “trabajo emocional” y el despliegue continuo de actitudes “consumer friendly”. Aumentan también las demandas emocionales (Hochschild, 1983), que pueden colisionar y entrar en conflicto con otras emociones tradicionalmente experimentadas por los profesionales de la medicina, dando lugar a un coste negativo psicológico importante. A ello se añade la irrupción de las políticas del *New Management*, que de la mano del neoliberalismo dirigen la organización sanitaria con los mismos argumentos que una sociedad anónima orientada exclusivamente a los *resultados*.

A esta serie de consecuencias, se podrían añadir más niveles, que como fichas de dominó, impactan en las personas trabajadoras de la sanidad, en su entorno familiar y en sus relaciones sociales.

1.2.Tendencias en el sector sanitario: El advenimiento del *New Management*.

El postfordismo es un fenómeno complejo y multidimensional de carácter económico, ideológico, social, político e histórico; que también ha repercutido en el devenir de la sanidad mundial durante estos últimos años. Su nivel de penetración en los sistemas sanitarios de los distintos entornos ha sido desigual. Cada país, en base a sus circunstancias, ha ido implementando distintas políticas de salud, que han dado lugar a sistemas de salud tan diferenciados como el modelo estadounidense y las diversas modalidades existentes en la Unión Europea.

En el último siglo, la sanidad y las instituciones sanitarias han ido evolucionado, debido al progreso de las ciencias médicas y las técnicas sanitarias; de la especialización de la medicina y de las ambiciosas metas de la sanidad pública moderna (Ortíz, 1966; De Miguel, 1982).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1957) promovió el derecho a la salud de todo ser humano como un derecho fundamental, donde esta se entiende como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente por la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también por la no distinción de raza, religión, ideología política o las condiciones económicas y sociales. Por consiguiente, los servicios sanitarios tienen una responsabilidad que va más allá de la propia delegada por los poderes políticos en materia de salud y que alcanza como servicio fundamental, la definición, entre otras, del propio Estado de Bienestar.

En los últimos decenios, el sistema nacional de salud en España se ha ido descentralizando hacia las autonomías, construyendo un sistema basado en una fuerte base de atención primaria. Las constantes reformas sanitarias han sido

fundamentadas en la modernización de los servicios públicos de salud. Esta modernización se ha traducido en la profesionalización de la gestión (siguiendo pautas del *New Management*), en una flexibilización y desregulación de las relaciones laborales (desfuncionarización); en la instauración de la economía de la salud, que busca la eficiencia y la eficacia por encima de otras metas, y en la acelerada innovación tecnológica. En este proceso, se adoptó el modelo de gestión de la empresa privada como referente ideal para el sistema de la sanidad pública.

En América Latina, la constante ha sido similar a la española. Reformas impulsadas desde una perspectiva economicista, neoliberal, dentro del paradigma de la nueva gestión pública. Las diferencias entre países han tenido que ver con las existentes en los planos del desarrollo democrático y de la desigualdad social (Aldunate et al., 2012). Las reformas sanitarias han dado un resultado deficiente en equidad, eficiencia y calidad de servicio (Homedes y Ugalde, 2002). La flexibilidad laboral en países como Colombia, no sólo ha reducido la calidad percibida de los usuarios de servicios de salud, también ha incrementado la carga de trabajo de los profesionales sanitarios que autoevalúan peor su trabajo en relación a los usuarios y reducen el tiempo de dedicación y la comunicación con los pacientes (Homedes y Ugalde 2005 a, b). Las reformas no han conseguido mejorar el sistema, ni en su vertiente asistencial, ni en la contención del gasto. Tampoco el sistema sanitario catalán, caracterizado por un modelo de provisión mixto (público y privado), ha logrado reducir sustancialmente el gasto, en la línea del modelo británico, en el que en parte se inspiró.

Los hospitales públicos no han logrado resolver del todo los problemas por los que se justificó su progresiva privatización, tales como la burocratización, el corporativismo y la presunta desmotivación de sus profesionales (De la Mata, 1999), ni tampoco la constante saturación del sistema. Smith (2001) en referencia a los profesionales de la medicina en Reino Unido, destaca la distancia que existe entre las expectativas del trabajo y las condiciones actuales de este. La sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo del sistema generan una considerable insatisfacción laboral, máxime cuando las iniciativas descentralizadoras en pro del “*empowerment*” de primera línea de servicio no han dado los resultados esperados y sí han incrementando las tareas de gestión y dirección, desplazando incluso al propio ejercicio de la medicina.

Todas estas experiencias de la gestión sanitaria, apuntan a que sus resultados no están cumpliendo las expectativas de los distintos agentes implicados (policy makers, usuarios, profesionales sanitarios, etc.).

Por todo ello, el impacto del *New Management* sobre la sanidad pública es complejo y multidimensional. Ha comportado una transformación profunda de

las condiciones de trabajo y de la cultura organizacional, que ha desplazado los viejos valores de servicio público por los mercantilistas (Blanch y Stecher, 2009), generando una tensión constante entre los viejos y nuevos valores, donde lo económico ha pasado a estar en primer lugar en el trabajo sanitario, en detrimento de lo puramente médico.

Con la perspectiva del tiempo, se puede decir que este nuevo modelo sanitario ha reportado también resultados positivos a varios niveles:

a) En el **organizacional**, ha racionalizado la escasez de recursos y ha mejorado su eficiencia;

b) En el del **personal**, ha introducido medidas de formación y desarrollo de los recursos humanos, y

c) En el de la **calidad** de servicio, ha ampliado la prestación y calidad de servicio médico.

Sin embargo, también ha tenido efectos perversos. Los valores economicistas han desplazado en casos concretos el criterio médico a favor del criterio económico. El sistema de la sanidad, en su clara tendencia hacia el mundo mercantil, ha abandonado en parte los viejos valores de servicio público, para convertirse en empresa donde impera la axiología economicista. Este modelo empresarial, se ha centrado en la calidad organizativa y de servicio, en la planificación de objetivos y en la evaluación de resultados, mediante cuadros de mando con indicadores de coste beneficio, basados en los preceptos de la economía de la salud.

La salud se privatiza y da entrada a proveedores multinacionales del sector farmacéutico y de la tecnología médica, donde la misión original de la sanidad coexiste a duras penas con el afán de lucro. Blanch y Cantera (2011) resaltan el negocio de la enfermedad y de la mercantilización de la medicina y de los servicios sanitarios en esta nueva era sanitaria.

La evolución axiológica hacia el *New Management* en servicios sanitarios mercantilizados, ha dado lugar a una nueva subjetividad laboral en los jóvenes profesionales de la medicina que se incorporan al sistema. La dedicación y el compromiso con la profesión ha perdido fuerza en relación a otras dimensiones de la vida (Pérez, 2007). Se institucionaliza el nuevo paradigma empresarial, y se naturaliza una cultura organizacional como una realidad ahistórica, necesaria e incuestionable. Se consideran las altas demandas del entorno organizacional como una variable social dada y naturalizada, que condiciona la experiencia de la vida y del trabajo del personal (subjetivación) y que a su vez, implica respuestas individuales y sociales del personal, que pueden abarcar desde formas puras de adaptación, conformación y sumisión, a los imperativos funcionales de

la organización, hasta manifestaciones de signo contrario: formas de resignificación, desestabilización y resistencia, que cuestionan y debilitan el status quo organizacional.

En general, el profesional de la medicina internaliza el *New Management* como una natural respuesta del sistema a la alta demanda y escasez de recursos que entra en conflicto con esos viejos valores humanistas. Ochoa (2012) aborda el tema del significado del trabajo y el profesionalismo médico, partiendo de la dualidad de un concepto que puede brindar apoyo al cambio en la desgastada profesión médica pero en su faceta negativa también puede ser una ideología que se utilice para apoyar políticas de precariedad laboral. La autora parte de una conceptualización de profesionalismo concebido como *el conjunto de principios y valores que orientan el ejercicio de los miembros de una profesión con el objetivo de cumplir con sus ideales y lograr el máximo beneficio para el sujeto a quien se oriente el servicio: pacientes, clientes, comunidad, en el marco de un contrato de colaboración con la sociedad*. En este contexto, la autora concibe el *Profesionalismo Médico* como una *visión orientativa de la profesión médica que se propone colocar al paciente en el centro de la relación profesional, estableciendo un vínculo de responsabilidad, confianza y respeto, que garantiza el contrato de la medicina con la sociedad*. En los resultados de su investigación en profesionales de la medicina iberoamericanos la escala de cultura de servicio puntuó con valores medios-bajos y la escala de cultura de negocio puntuó con tendencia a los valores medios-altos, por lo cual es notable la influencia de modelos de trabajo y organización que se encuentren modificando la tradicional inclinación altruista de la medicina.

Por todo lo expuesto, parece claro que el modelo nuevo, no es suficiente para resolver los problemas de la sanidad y que además puede suponer un factor de riesgo psicosocial para los profesionales sanitarios y una fuente de desencanto para los usuarios.

A pesar de esta situación de cambio y conflicto de valores, se pone el acento en el máximo nivel de calidad que los servicios de salud deben prestar universalmente a la ciudadanía. Brun (2007) indica que por esta razón los servicios de salud en general y los hospitales en particular se desenvuelven permanentemente en un contexto social cambiante que exige la adaptación de sus estructuras, sus procesos y sus objetivos, para hacer posible un nivel de excelencia que garantice una atención sanitaria de calidad en la que el centro de sus decisiones sea el usuario. En definitiva, los servicios de salud deben estar plenamente incorporados a la sociedad y ser sensibles a los cambios de esta. Por ello fenómenos como la inmigración, la escasez y ausencia de médicos especialistas, la evolución de la tecnología y de los conocimientos, obligan a

nuevos comportamientos profesionales, a nuevos métodos de trabajo y a la incorporación de nuevas categorías profesionales en los servicios sanitarios.

El mismo autor sostiene que esos cambios deben acompañar también un cambio en el profesional sanitario. Se debe reconocer su liderazgo cediendo el poder necesario (*empowerment*) para convertirlo en la pieza clave del Sistema de Salud. Y añade, que se debe incorporar al sistema una política de incentivos suficientemente motivadora y de reconocimiento de la capacidad y responsabilidad del buen desempeño. Con esta idea, deja patente que el sistema actualmente, no está logrando ese nivel incentivador entre sus profesionales.

Entre los desafíos actuales a los que se están enfrentando los servicios de salud y la gestión sanitaria, Pérez (2007) destaca la complejidad que el escenario sanitario ha adquirido en los últimos tiempos, por los siguientes factores:

- El cambio de valores en los jóvenes profesionales que se incorporan al sistema. La dedicación, el compromiso y la exclusividad con la institución profesional han sido reemplazados por el desarrollo personal, la conciliación con la vida familiar y una cultura de crecimiento del individuo.
- Los ciudadanos, en paralelo al desarrollo social y económico, han elevado las expectativas y estándares de calidad y excelencia, aumentando en consonancia, el nivel de exigencia como pacientes y usuarios del sistema público sanitario.
- Y, como añade Martos (2007), a propósito del caso español, el crecimiento cuantitativo y la progresiva complejidad de las necesidades de la población demandante de servicios sanitarios.

En marzo de 2010, el consejo Inter territorial del sistema nacional de salud aprobó el documento “*acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del sistema nacional de salud*”. En este informe, se destaca que comparativamente con otros, el sistema de salud español es uno de los que alcanza mayores niveles de calidad y resultados. Sin embargo, ante las previsiones de envejecimiento de la población en un horizonte a medio plazo, se añade un plus a la preocupación por la sostenibilidad del sistema público de salud, que exige una mayor contención del gasto, un mayor ahorro, una búsqueda de la eficacia y de la eficiencia de todos los procesos sanitarios, y una mayor concienciación y adhesión al programa de los profesionales, proveedores y usuarios.

Las políticas de ahorro de costes que propone el consejo, se dirigen fundamentalmente al capítulo farmacéutico y a la reducción de la presión asistencial mediante medidas de concienciación y educación hacia los usuarios

del sistema nacional de salud. Sin embargo en el año 2011, se produce una reducción salarial del 5%, tanto a personal funcionario del sistema público de salud, como al de la XHUP, (personal contratado en régimen laboral por fundaciones privadas que prestan servicios públicos de salud).

En suma, el contexto sanitario está en constante cambio y fuertemente influido por la ideología neoliberal que impone el control de la economía como principal instrumento de análisis y valoración del sistema sanitario.

1.3. La mercantilización de la sanidad pública

El principal elemento del contexto externo con implicaciones en la sanidad pública es la tendencia mercantilista que se refleja en las políticas de gestión, normas y modelo de *Management*. Este fenómeno está confrontando importantes implicaciones en la organización y cultura del trabajo sanitario, y como se prevé, con implicaciones a estudiar en el bienestar y satisfacción laboral del profesional médico. Blanch y Cantera (2007, 2011) definen este fenómeno como un modelo de organización del trabajo, diseñado y gestionado según la lógica de la economía política de mercado; la retórica de la productividad; la eficiencia y la competitividad; la axiología de la libre competencia; la táctica política de evaluación de resultados a corto plazo, basados en una reducción de los pacientes al estatus de clientes o consumidores; pasando del ejercicio profesional a una relación comercial, de la organización prestadora del servicio a una empresa mercantil y, en último término, convirtiendo la salud en un negocio.

Estos autores, en una revisión descriptiva sobre la literatura de este tema en EEUU, destacan los aspectos clave de la discusión:

- El deterioro del sistema de la salud pública como una consecuencia de la transferencia del estado al mercado.
- La mercantilización de la medicina.
- El impacto de la conversión de la enfermedad en un negocio privado, y de la asistencia sanitaria en una práctica mercantil.
- La influencia de las corporaciones farmacéuticas sobre el sistema sanitario y sobre las concepciones técnicas y de sentido común sobre salud y enfermedad; así como sobre problemas y soluciones en estos ámbitos.
- La erosión de la ética profesional ante una mercantilización de la investigación sobre la salud y la enfermedad.

La literatura parece evidenciar interesadas relaciones entre la industria farmacéutica y las corporaciones de seguros sanitarios, para mantener el poder delegado por el gobierno y sobre todo para acallar las voces que cíclicamente ante un posible desastre social, proponen un sistema de salud universal, justo y equitativo que mitigue las grandes diferencias sociales en el acceso a la sanidad.

Además de este sistema mercantilizado, resultan una serie de efectos y abandonos en la práctica sanitaria, tanto en relación al conflicto de rol para el profesional sanitario, como al abandono de la psicoterapia por el tratamiento psicofarmacológico; a la subordinación de la prevención primaria a la secundaria y al abandono de estudios de efectos colaterales indeseables de los vigentes protocolos de diagnóstico y tratamiento. Las demandas empresariales, los objetivos de prescripción farmacológica, los límites de tiempo en la atención al paciente, así como los inputs que pueden llegar de la propia deontología médica, entre otros, pueden entrar en conflicto en un momento dado, produciendo tensión psicológica y ambivalencia actitudinal en el profesional sanitario.

La nueva cultura organizacional empresarial derivada de las mega tendencias postfordistas y globalizadoras, tiene su influencia en las nuevas formas de trabajar y conllevan consecuencias en relación al bienestar de los profesionales de la medicina que cabe evaluar y prevenir (Wilpert, 2009).

1.4. Tecnologización de la medicina

Otro elemento de cambio del contexto sanitario es el referido al impacto de la tecnología en la profesión médica. Desde los años 80 del siglo pasado, se constata un importante crecimiento de la inversión por parte del sector salud, en tecnología médica en diversos países de Europa, Japón y del continente americano; incrementando el gasto respecto al Producto nacional bruto. La tecnología “pesada” o de alta complejidad, además de precisar de grandes recursos e inversiones y del consiguiente aumento de la carga sobre el gasto público, tiene también el efecto colateral de la necesidad de hospitalizar a los pacientes.

Históricamente ha habido dos actitudes ante la tecnología en la medicina; por un lado una posición favorecedora a su uso, que la justifica por los avances clínicos, científicos y técnicos; y por otro, una posición detractora, que argumenta problemas éticos derivados de su uso, altos costes y la pérdida de la visión global de la medicina. En todo caso, la realidad es que la organización sanitaria ha incorporado masivamente las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina, gracias también a la tendencia de “la medicina de la evidencia”.

El gasto creció por el crecimiento de la demanda, por que hubo disponibilidad de recursos para acometer la inversión, y contrariamente a lo que

ocurre en otros sectores de la industria, por los incrementos de personal, ya que exigía que este fuera especializado, con competencias y *expertise* en mantener y emplear la tecnología médica eficazmente (Hernán, 1981). Por lo tanto, la tecnología sanitaria ha tenido un papel importante en el nacimiento de nuevas ocupaciones sanitarias.

En la práctica, un examen de la tecnología, incluye un cuerpo instrumental como base del proceso de desarrollo y difusión de su influencia en el sistema social. No se trata sólo de la máquina, sino del conjunto de hombres y máquinas buscando un objetivo, o sirviendo a una tarea. (Hernan, 1981:2)

Otros efectos de esta sobre el quehacer sanitario han sido la reducción de las entrevistas clínicas en profundidad y las exploraciones físicas extensas, de lo que se ha derivado una disminución del contacto médico-paciente, una relación de dicho contacto mediatizada por la tecnología, y como consecuencia de ello la pérdida del “factor humano” en la relación médico paciente. También el uso de las tecnologías en medicina introduce un mayor uso de competencias cognitivas complejas, como la precisión y la toma de decisiones rápidas en espacios cortos de tiempo (Schaufeli, Keijsers y Reis-Miranda, 1995).

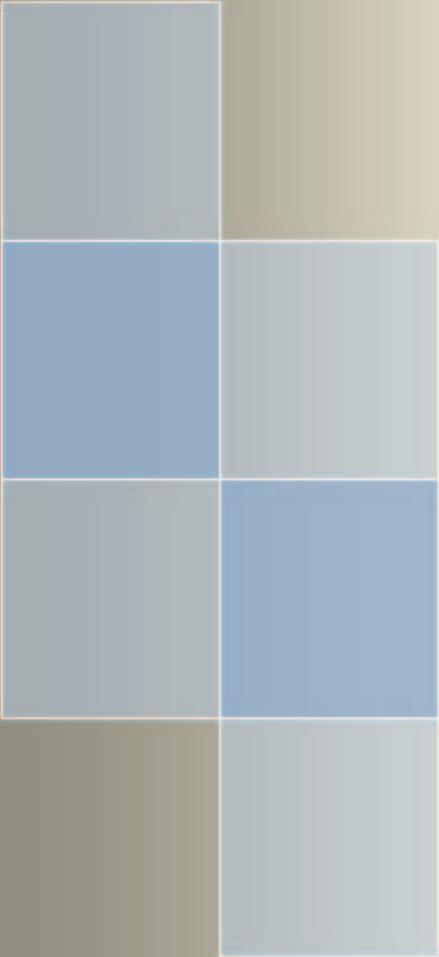
1.5. Balance del capítulo

Entre las megatendencias macrosociales en el mundo laboral, además de los factores de riesgo que conlleva en general el capitalismo flexible y las nuevas formas de organización del trabajo, son especialmente relevantes para el mundo de la sanidad en general y el de sus profesionales en particular la irrupción de la industria tecnológica y farmacéutica.

Este nuevo entorno laboral es una referencia clave para comprender la evolución de la subjetividad laboral del personal médico, especialmente en lo que afecta al significado y valor que da a la profesión, a la precariedad contractual, a la incertidumbre e inseguridad que esta conlleva y a la calidad de vida en el trabajo (Blanch, 2008). Además, el contexto sociopolítico y económico está llevando a los profesionales de la sanidad en general y de la medicina en particular a trabajar más con menos recursos, por causa de las políticas financieramente restrictivas impuestas por la administración de la sanidad. Ello acentúa la sobrecarga de trabajo cuantitativa clásica en este sector; lo que aumenta la probabilidad de riesgo psicosocial en forma de distress, burnout, insatisfacción (Locke, 1976) y sus consecuencias en forma de absentismo y de bajas médicas, con su correspondiente impacto en la calidad del servicio prestado.

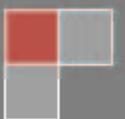
En el siguiente capítulo, se profundizará en el análisis de las actuales condiciones del trabajo médico en sentido amplio a partir de una revisión de

literatura sobre riesgos psicosociales, bienestar y salud ocupacional de los profesionales de la medicina en el contexto de la nueva organización sanitaria.



Capítulo 2

Contexto organizacional y factores psicosociales del trabajo en la profesión médica.



En este segundo nivel de análisis, se presentan aquellos factores psicosociales del contexto organizacional en la profesión médica que tienen importantes relaciones con el bienestar, tanto desde la vertiente negativa clásica, como desde la positiva de la salud ocupacional y del bienestar.

Este punto está más enfocado hacia una mirada “*situation centered*” del bienestar laboral, no sólo para eludir el sesgo patologista que la clásica mirada “*person centered*” introduce en el estudio del bienestar laboral, sino también para “desnaturalizar” las características y coyunturas organizacionales.

2.1. Condiciones de Trabajo y Bienestar Laboral General.

Trabajar es una de las vías fundamentales para la provisión de recursos necesarios para vivir, así como para la satisfacción de otras necesidades subjetivas clave para el desarrollo e integración social. De ahí que el trabajo sea central en la sociedad y ocupe un lugar prominente entre las distintas dimensiones de la vida personal, familiar y social. Es por tanto, parte implicada en la salud psicosocial, en la calidad de vida y en el bienestar subjetivo (Agulló, Alvaro, Garrido, Medina y Schweiger, 2012; Blanch, 2003; 2007; 2012; Keyes y Corey, 1998; Peiró, 1992; Quick y Tetrick, 2003; Moyano y Ramos, 2007; Warr, 2007). Por ello, aquellos elementos que conforman la experiencia laboral y las condiciones de trabajo son claves en la determinación de la salud ocupacional, el bienestar psicológico en el trabajo y la conformación de la organización saludable.

Las condiciones de trabajo en el sector sanitario han cambiado por la transformación de la sanidad y el avance de la medicina. La situación del profesional de la medicina ha ido evolucionando a lo largo de la historia humana paralelamente a la propia profesión. La sanidad ha respondido a los cambios sociales y culturales que han acaecido en la sociedad en general, intentando satisfacer las expectativas que esta tiene sobre los servicios de salud.

La implantación de principios y modelos capitalistas, mercantiles, empresariales y gerenciales en la sanidad pública ha hecho aparecer nuevos riesgos psicosociales asociados a la intensificación del trabajo médico (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2007). Asimismo, el aumento de las demandas sociales a la sanidad, junto con el incremento de las demandas organizacionales al personal sanitario, han sido identificados como antecedentes y determinantes en la etiología del desgaste médico (Weber y Jaekel, 2000; Gil Monte, 2005; Gil Monte y Moreno, 2007).

La alta incidencia de la sobrecarga laboral (*work overload*), asociada a los costes personales del trabajo emocional, y a los derivados de la precariedad laboral en la medicina (Fernández et al. 2003), justifica el estudio de la situación actual del bienestar/malestar del profesional médico en el contexto de la sanidad mercantilizada. El incremento de la presión asistencial (masificación, largas listas de esperas, limitación temporal para el acto médico y sobrecarga cuantitativa y emocional) y de la burocratización de la medicina (aumento de las tareas administrativas e informáticas), está acentuando lo que las condiciones laborales conllevan de riesgo psicosocial. Caballero et al., (2001) en un estudio en profesionales de la medicina en el área de salud de Madrid, encontraron que la principal causa del estrés percibido era la sobrecarga asistencial (38,9%), seguida de las tareas burocráticas y administrativas (14,8%). La intensificación del trabajo y la extensión del mismo más allá del horario laboral, colonizando tiempos de otros dominios de la vida (vida familiar, ocio, etc.) conforman unas condiciones de trabajo como terreno abonado para el distrés, el desgaste y el síndrome de quemarse en el trabajo.

Las condiciones de trabajo han pasado al primer plano del análisis de los riesgos psicosociales gracias a la toma de conciencia política, al desarrollo legislativo de los Países y al impulso de organismos internacionales.⁴ La ley 31/1995 del 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales española, concibe las condiciones de trabajo como las características del trabajo que pueden tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador. Blanch, Sahagún y Cervantes (2010) definen las condiciones de trabajo como el conjunto de las circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en el marco de las cuales se desarrolla la actividad y las relaciones laborales. El R.D. 39/1997 que reglamenta los servicios de prevención identifica como *riesgo psicosocial* la probabilidad de sufrir un daño psicosocial como consecuencia de las condiciones de trabajo. Estos daños psicosociales suelen ir asociados a estados mentales y se manifiestan a través de procesos psicológicos como el estrés, que a su vez son el efecto de un tipo de organización y gestión del trabajo, o de interacciones socio laborales (Blanch, 2011). El foco en el estudio interdisciplinar sobre el tema, se ubica en la dimensión más psicosocial y subjetiva de la experiencia laboral, así como en la interacción socio laboral en el trabajo. Eso es así fruto de las transformaciones a todos los niveles en el mundo del trabajo y particularmente, tal y como está dándose en la organización sanitaria, a las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina.

⁴ Para una revisión completa de la legislación internacional sobre distintos aspectos de condiciones de trabajo, consúltese TRAVAIL (ILO/OIT), en <http://www.ilo.org/travail/lang--en/index.htm>

Blanch (2011) inventaría en el cuadro siguiente las condiciones de trabajo que la literatura científica aglutina en varias dimensiones con sus correspondientes indicadores, donde destacan factores individuales (organización y persona), sociales (organización y entorno) y organizacionales (organización y método). Estas dimensiones objetivas tienen gran importancia en tanto en cuanto a cómo son percibidas y valoradas por cada persona en el contexto laboral en el que se encuentra.

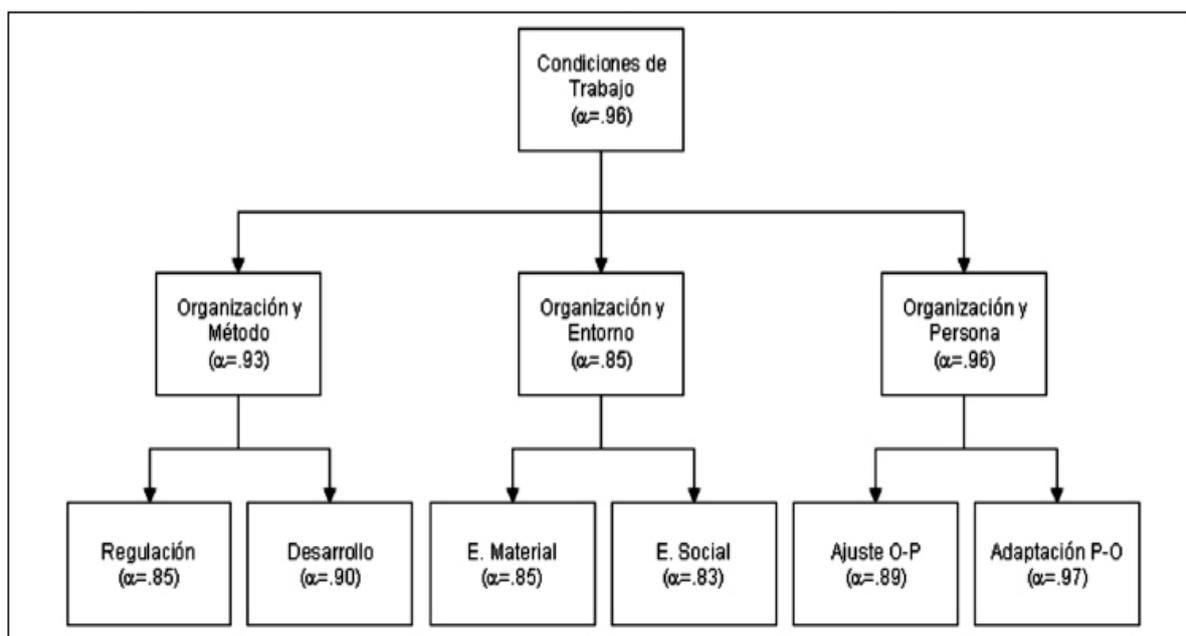
Figura 2. Inventario de condiciones de trabajo

Dimensiones	Indicadores
Contrato	Modalidad (indefinido/ temporal, jornada completa/parcial, etc.), estabilidad, certidumbre y seguridad, salario, prestaciones sociales y sanitarias , etc.
Ambiente físico	Temperatura, humedad, climatización, ventilación, calidad del aire, iluminación, ruido, limpieza, higiene, instalaciones y equipos, mobiliario, instrumentos, ergonomía, privacidad, hacinamiento, confortabilidad, señalizaciones, salidas de emergencia, etc.
Clima social	Compañerismo, calidad de la comunicación y de las interacciones verticales y horizontales, cohesión grupal, apoyo mutuo, espíritu de cooperación o de competición, grado de conflictividad, estilo de dirección y de gestión de conflictos, participación en toma de decisiones, justicia percibida en evaluación y promoción, etc.
Seguridad e higiene	Riesgos físicos (de accidente o de contagio, toxicidad, salubridad, aseo, equipos protección, etc.), dispositivos de observación, evaluación y prevención de riesgos laborales, etc.
Tarea	Demandas cuantitativas y cualitativas, cognitivas y emocionales, cargas de trabajo, autonomía, responsabilidad, iniciativa, exigencia, variedad, interés, creatividad, control, complejidad , etc.
Riesgos psicosociales	Ambigüedad, conflicto, sobrecarga o vaciedad de rol, acoso sexual o moral, violencia ocupacional, estrés y burnout, etc.
Proceso	Organización, gestión, control, recursos sociales, organizacionales, personales, etc.
Tiempo	Duración de la actividad (jornada, horario, turno, ritmo, descansos, vacaciones ...), presión de la agenda, prisa, intensidad y velocidad, extensión del contrato (indefinido o temporal) , etc.

Extraído de Blanch (2011).

Blanch et al. (2010) entienden que las *condiciones de trabajo* se configuran en torno a una triple relación de la organización con el método, con el entorno y con la persona. Se basan en el consenso internacional por el cual las dimensiones clave de tales condiciones refieren al ambiente físico y social, a la organización y características de las tareas (demandas cuantitativas y cualitativas, exigencias de rol y carga y tiempo de trabajo), a la salud ocupacional y seguridad laboral, y a la calidad de la relación laboral (tipo de contrato, duración, jornada, etc.). Sin embargo, en su modelo dirigen el foco de atención hacia los factores psicosociales de las condiciones de trabajo, sobre las que viene insistiendo desde hace décadas un organismo internacional como la OIT (ILO, 1986). En su diseño y validación del Cuestionario de Condiciones de Trabajo (Ver figura 3), Blanch et al. (2010) se centran en evaluar los componentes centrales de la dimensión psicosocial, subjetiva y percibida de las condiciones de trabajo en organizaciones de servicios a las personas. Su contenido incluye aspectos de las condiciones de trabajo, bienestar y calidad de vida laboral, que en función de su presencia e intensidad, pueden actuar como factores protectores y saludables, o por el contrario, como factores de riesgo psicosocial.

Figura 3. Modelo teórico de condiciones de trabajo de Blanch, Sahagún y Cervantes (2010).



Respecto al factor de la díada *Organización y Método*, se incluyen las escalas de *regulación y desarrollo*, que abarcan los siguientes aspectos:

- ...**regulación**
 - Tiempo de trabajo, horarios, ritmos, descansos, etc.).
 - Organización general del trabajo.
 - Retribución eco^a.
 - Carga de trabajo.
 - Calidad del contrato laboral.
 - Conciliación trabajo - vida privada y familiar.

- ...**desarrollo**
 - Autonomía en la toma de decisiones profesionales.
 - Justicia en la contratación, remuneración y promoción.
 - Oportunidades para la formación continua.
 - Vías de promoción laboral.
 - Participación en las decisiones organizacionales.
 - Relaciones con la dirección.
 - Evaluación del rendimiento profesional por la institución.
 - Apoyo recibido del personal directivo

Respecto a las escalas de la díada de *Organización y Entorno*, se incluyen dos factores, de entorno material y social, con los siguientes aspectos:

- ...**material**
 - Entorno físico, instalaciones y equipamientos.
 - Recursos materiales y técnicos.
 - Prevención de riesgos laborales.
 - Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.).

- ...**social**
 - Compañerismo.
 - Respeto en el grupo de trabajo.
 - Reconocimiento del propio trabajo por colegas.
 - Reconocimiento del propio trabajo por usuarios

Y por último, la diada *Organización y Persona* (Ajuste Organización-Persona y de Adaptación Persona-Organización).

**...ajuste
organización
persona**

- Satisface mis intereses.
- • Me exige según mis capacidades.
- Responde a mis necesidades.
- Encaja con mis expectativas.
- Se ajusta a mis aspiraciones.
- Concuerdas con mis valores.
- Facilita que mis méritos sean valorados con justicia.
- Estimula mi compromiso laboral.
- Me permite trabajar a gusto.
- Me motiva a trabajar.
- Me da sensación de libertad.
- Me hace crecer personalmente.
- Me permite desarrollar mis competencias profesionales.
- Me proporciona identidad.
- Me hace sentir útil.

**...adaptación
persona
organización**

- Me adapto a la política del centro.
- • Asumo los valores de la dirección.
- Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo.
- Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio.
- Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos.
- Aplico el protocolo en cualquier dilema de conciencia.
- Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados.

Este modelo teórico, operacionalizado en las escalas cuyas propiedades psicométricas aparecen en la misma figura 3, evalúa especialmente las características psicosociales de las condiciones de trabajo en organizaciones de servicio a personas (*human services*), tratando estas condiciones como un todo integrado y posibilitando un abordaje holístico tanto de aspectos positivos a promover como de otros negativos a prevenir, tal y como recomienda la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2003).

Posteriormente estos mismos autores identifican una serie de riesgos psicosociales que devienen de la organización y gestión del trabajo, del mix de altas demandas psicológicas frente a recursos escasos, así como de los efectos colaterales en términos de salud ocupacional, malestar, insatisfacción, desgaste, etc. Los principales riesgos psicosociales son:

- Contratos precarios (inseguridad).
- Estrés e intensificación del trabajo.
- Sobrecarga de trabajo.
- Déficit de recursos para afrontar altas demandas organizacionales.
- Altas demandas emocionales y/o cognitivas.
- Cultura laboral competitiva y conflictividad.
- Conflicto de rol.
- Monotonía o extrema variedad de la tarea.
- Déficit o exceso de responsabilidad.
- Déficit o exceso de control del proceso de trabajo.
- Bajo grado de apoyo social horizontal y/o vertical.
- Desequilibrio esfuerzo – recompensa.
- Sentimiento de injusticia en evaluación, retribución, promoción y gestión en general.
- Participación insuficiente en decisiones organizacionales.
- Escasas oportunidades de formación y desarrollo de competencias.
- Falta de ocasiones de interacción social más allá de las centradas en la tarea.
- Violencia ocupacional, acoso sexual o moral.
- Discriminación laboral.
- Dificultades para la conciliación trabajo – vida – familia.

Los factores de riesgo psicosocial fueron definidos por la OIT en 1986 como aquellos aspectos del trabajo (contenido, organización del trabajo y gestión) que en interacción con la persona (competencias, motivaciones, roles, puestos, etc.) tienen sus efectos sobre la propia salud de la persona y sobre la organización. Cox y Griffith (2008) los describen como aquellos aspectos del diseño y de la organización del trabajo, del contexto social y organizativo, que pueden causar daño físico o psicológico.

En el contexto organizacional de la profesión médica, diversos estudios han profundizado sobre los principales factores psicosociales que afectan al bienestar laboral, como, la actitud hacia el cambio y sus implicaciones en la profesión médica (Dale y Milner, 2009), el trabajo emocional (Larsen y Stamm, 2008); la angustia y ansiedad laboral (Lepnurm, Lockhar y Keegan, 2009); la falta de apoyo del supervisor, (MacCulloch y Shattell, 2009; Gil-Monte, 2005);

la sobrecarga de trabajo y el papel de las expectativas (Ogiwara y Araki, 2006); la jornada completa voluntaria y la autonomía en la toma de decisiones (Riley y Connolly, 2007); la alta carga de trabajo emocional, el ambiente estresante y la importancia de la formación en grupo como herramienta de combate al estrés (Trowell, Davids, Miles, Shmueli, y Paton, 2008). Freeborn (2001) resalta en primer lugar y en orden de importancia, el control percibido sobre el ambiente de trabajo, las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros, y la satisfacción con los recursos, ya que estos son potentes predictores de la satisfacción (Peiró, Silla, Sanz, Rodríguez y García, 2004; Ross y Zander, 1957), del compromiso organizacional y del desgaste profesional. Los médicos que perciben un mayor control sobre el entorno de trabajo, que perciben que sus demandas de trabajo son razonables, y que tienen más apoyo de los colegas, tienen mayores niveles de satisfacción, compromiso con la organización y bienestar psicológico.

Este entorno de trabajo está fuertemente marcado por la presión asistencial a las que está sujeta la sanidad, tanto en América Latina como en España. Esta va unida a un fenómeno de masificación, de largas listas de espera (alta demanda), de reorganización sanitaria continua y de presión del tiempo, estrés y sobrecarga. Esta situación produce la *intensificación del trabajo*, que conlleva unas deficientes condiciones laborales tanto físicas como psicológicas marcadas, según Eurofound (2009), por una elevada intensidad laboral (presión del tiempo, sobrecarga, horarios extensivos, turnicidad, etc.) de la que derivan efectos nocivos sobre la salud y la seguridad en el trabajo. El *agotamiento* es la dimensión del desgaste profesional con mayor incidencia y se relaciona de manera más directa con las consecuencias negativas en la salud de los profesionales de la medicina (Olmedo et al, 2001).

Además, hay otras exigencias cualitativas, como la complejidad de la demanda, la necesidad de aplicación de la tecnología, el acceso y recuperación de la información y la toma de decisiones médicas, que conforman un abanico de demandas, que exigen un empleo de recursos personales y estructurales, muy exigentes (Gálvez, Moreno y Mingote, 2009) y potencialmente de riesgo para la salud.

A estas condiciones de trabajo hay que añadir las altas demandas emocionales que tienen que afrontar los profesionales de la medicina, que provienen de la relación médico paciente y que son un potencial estresor. La situación crónica de altas demandas emocionales es potencial precursora de desgaste profesional (Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno, 2007) y está asociada tanto a factores sociales como aspectos puramente relacionales.

Entre estos factores, destaca el proceso de evolución de paciente a cliente que ha efectuado el usuario de la medicina al albor del proceso de mercantilización de la medicina en el contexto sociopolítico flexible postfordista. Ante la paulatina pérdida de prestigio social del profesional de la medicina, el usuario, subjetivado por la sociedad del consumo propia del referente neoliberal y por el proceso de *clientización* afín, se ha convertido en un cliente exigente dejando de lado el rol anterior pasivo y dócil ante el estatus del médico. Mientras que antaño el poder y el control lo ostentaba el facultativo, en esta era mercantilizada el poder se ha transferido en gran medida al “cliente”, por lo que una nueva fuente de conflictos y de tensión irrumpe en la relación médico paciente (Janse, Gemke, Uiterwaal, Kimpfen y Sinnema, 2004). Los ciudadanos, en paralelo al desarrollo social y económico experimentado, han elevado las expectativas y estándares de calidad y excelencia, aumentando en consonancia, el nivel de exigencia como pacientes y usuarios del sistema público sanitario. Este aumento de expectativas de los clientes de la sanidad se convierte en una fuente de conflicto entre profesionales de la medicina y usuarios, perjudicando la comunicación y perdiendo calidad la relación médico paciente (Moreno et al., 2005), y por tanto, aumentando el riesgo del síndrome de quemarse en el trabajo (Freudenberger, 1974; Maslach et al., 1997; Noval 2002; Gil- Monte, 2005; Gil-Monte et al, 2007). Maslach y Jackson (1982) apuntan que el carácter estresor procede de una parte del miedo del paciente por su enfermedad, de la sintomatología y pronóstico de la enfermedad, y de los problemas de comunicación que surgen en la interacción con el paciente o sus familiares. Flórez (2002) ha encontrado que la expresión de emociones negativas del paciente genera en el profesional tensión y altos niveles de estrés, y que esta dificulta la comunicación entre ambos. La gestión de situaciones asistenciales complicadas, la identificación con el sufrimiento del paciente y sus familiares, y la frustración ante la valoración negativa de su trabajo, producen junto a las condiciones de trabajo de la sanidad actual, una situación de estrés crónico que allana el camino hacia el síndrome de quemarse en el trabajo (Gálvez et al, 2009).

Los efectos sobre la salud del profesional que está sujeto a este estrés crónico en un mar de condiciones de trabajo difíciles, están ampliamente recogidos en la literatura científica (Quick et al, 2003). Murphy (1996) señala que las principales consecuencias sobre la salud de los estresores laborales, se relacionan con trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, sexuales, endocrinos, inmunológicos y con ansiedad y depresión. Aranda et al (2006) los relacionan con diversas manifestaciones clínicas como lumbalgias, gripes, cefaleas, problemas dentales y cansancio.

En suma, la salud laboral está influenciada por una amplia gama de estresores ocupacionales, psicológicos, organizativos y del diseño del trabajo. Las múltiples clasificaciones de estresores ocupacionales incluyen diversos factores, entre los que figuran los siguientes: (a) intrínsecos del trabajo y su contexto, como la carga de trabajo, el ritmo, el control y el entorno físico, (b) relacionados con el rol desempeñado en la organización, como el conflicto de rol y ambigüedad de rol, (c) concernientes al desarrollo profesional individual, como la seguridad laboral y el potencial de desarrollo, (d) asociados a las relaciones en el trabajo, como el apoyo social, la gestión participativa, y el apoyo de supervisión, y (e) relacionados con las características de la organización, por ejemplo, la comunicación, la cultura y la estructura organizativa.

Otras listas de repercusiones del desgaste profesional médico incluyen efectos personales y sobre la organización sanitaria. González y de la Gándara (2004) recogen, a) la insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, b) la disminución de la calidad del trabajo, c) el absentismo y d) el abandono profesional, como principales consecuencias.

En definitiva, los cambios a todos los niveles que están acaeciendo en las condiciones de trabajo en el mundo de la sanidad conllevan efectos psicosociales en los profesionales de la medicina y una gran pérdida para la organización sanitaria, que no acaba de encontrar el modelo para afrontar una situación histórico social caracterizada por los recortes y el resquebrajamiento del Estado de Bienestar.

Numerosos estudios sobre las características del trabajo y sus repercusiones en el bienestar de los empleados centran su punto de mira en aspectos como el síndrome de quemarse en el trabajo (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Moreno, 2007), sobre la salud ocupacional (Salanova, 2009), sobre la felicidad en el trabajo (Warr, 1990, 1994, 2003, 2007) o sobre el papel que desempeñan determinados factores psicológicos como predictores del grado de bienestar en el trabajo, como la articulación *demanda-control* (Karasek, 1979) o entre esfuerzo y recompensa (Siegrist, 1996).

El modelo de demanda-control de Karasek se basa en la premisa de que el estrés laboral es el resultado de un desequilibrio entre las demandas laborales que percibe el trabajador y el control o autonomía que éste percibe sobre su puesto de trabajo. Entre las demandas pueden figurar las relacionadas con la sobrecarga de trabajo y la presión del tiempo. El *control* sobre el trabajo es el que ejerce el trabajador sobre las tareas durante la jornada laboral; es decir, su autonomía para tomar decisiones en el trabajo diario. También se refiere este autor al trabajo como un ámbito potencial para el desarrollo de aprendizajes y de competencias. La combinación de altas demandas y bajo control sobre el trabajo es predictor de estrés y patología. Bosma y cols. (1997), en un estudio con una amplia muestra de funcionarios británicos, observaron que un bajo control sobre el trabajo predijo enfermedad coronaria tanto en hombres como en mujeres. McGlone y Chenoweth (2001) encontraron que sólo el 50% de los profesionales de la medicina encuestados estaban satisfechos en su trabajo, que describían como un contexto de altas demandas laborales y bajo control sobre las tareas. En este estudio, el control sobre el trabajo funcionó como el mejor predictor de la satisfacción laboral de los profesionales de la medicina.

Por su parte, Siegrist focalizó su teoría sobre la *recompensa*, en lugar del control del trabajo. Según el modelo de *desequilibrio esfuerzo-recompensa*, el estrés laboral es el resultado del desequilibrio entre el esfuerzo invertido en atender las demandas laborales y las recompensas obtenidas y percibidas del mismo, que pueden ser de carácter instrumental como la retribución económica o de valor expresivo, como el reconocimiento, las oportunidades de carrera, la seguridad, etc. Siegrist (1996) observó que este desequilibrio objetivo o percibido funcionó como fuente de distintos efectos perniciosos sobre la salud en casos de estrés crónico y de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Ambos modelos asumen que las altas *demandas laborales*, combinadas con bajo control o baja recompensa (es decir, cuando acompañadas de escasez de recursos para afrontarlas con eficacia) pueden ser antecedentes del estrés laboral. También pueden serlo, en última instancia, cuando esta situación se cronifica, del *síndrome de quemarse en el trabajo (burnout)*. En el modelo de Karasek el factor clave es la falta de autonomía o control, mientras que en el de Siegrist es la escasez de retribución, reconocimiento u oportunidades de carrera. En todo caso, ambos modelos han dado lugar a la identificación de las demandas y de los recursos en el trabajo como predictores de potenciales efectos patológicos, ya sea por el exceso de las primeras o por la escasez de los segundos.

Otro de los modelos tradicionales clave en el estudio del bienestar subjetivo y la salud ocupacional, es el modelo *vitamínico* de Warr (1987, 2007), quien identifica una serie de determinantes ambientales de la salud psicológica y

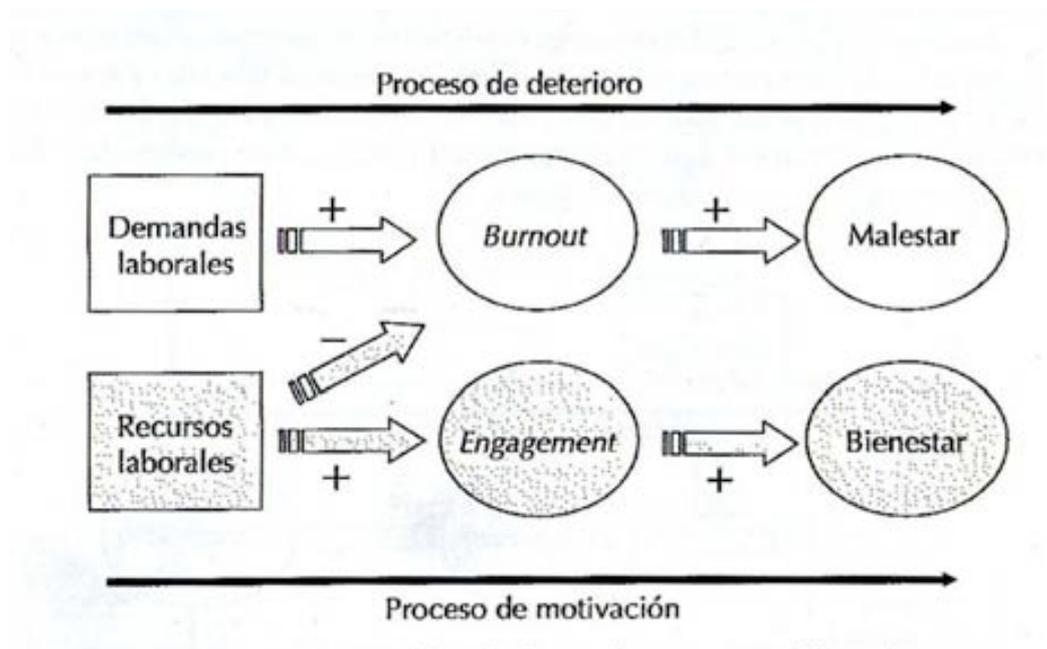
el modo en que ellos influyen en la salud. El autor concibe el bienestar subjetivo como un constructo multidimensional con doce determinantes ambientales: a) Oportunidad de control, b) Oportunidad para el uso de habilidades, c) Metas generadas externamente, d) Variedad, e) Claridad ambiental, f) Disponibilidad de dinero, g) Seguridad física, h) Oportunidad de contactos personales, i) Posición social valorada, j) Supervisión adecuada, k) Perspectiva de carrera y l) Equidad. De estos factores destacan los psicosociales (a, b, c, e, f, g y l) y su influencia curvilínea sobre el bienestar. Según el modelo, altos valores en estas características del trabajo se relacionan con el bienestar, pero hasta cierto punto, de modo que, sobrepasado un nivel óptimo, la influencia sobre el bienestar puede llegar a ser negativa. Warr distingue entre factores intrínsecos y extrínsecos del trabajo. La presencia de los primeros es beneficiosa para la salud psicosocial hasta un punto óptimo, a partir del cual generan un decremento adicional y nocivo. En cambio, los extrínsecos, a partir de un nivel de suficiencia, producen un efecto constante sobre la salud. En lo que respecta a los profesionales de la medicina, los factores de riesgo al respecto se centran especialmente en la pérdida de oportunidad de control -sobre la demanda-, la dificultad para los contactos personales – por la presión del tiempo- y la percepción de iniquidad – en relación al esfuerzo implementado y las recompensas recibidas-.

Bakker y cols. (2000) evidenciaron la importancia de las demandas emocionales en profesionales de la medicina en el bienestar de los mismos. Se observó que, cuando la demanda emocional de los pacientes iba acompañada de una sensación de falta de reciprocidad, daba lugar a una espiral viciosa que empezaba con una disminución de los recursos emocionales de estos profesionales y culminaba en una erosión de la salud que podía desembocar en el síndrome de quemarse en el trabajo. Por su parte, Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, (2001), con el modelo de *demandas y recursos laborales* (DRL), tratan de explicar este tipo de procesos de erosión de la salud y de la motivación laborales, con un modelo que integra y supera los modelos de Karasek y de Siegrist.

El modelo DRL contempla los impactos sobre la salud psicosocial que pueden tener distintas circunstancias del ambiente de trabajo y analiza la relación existente entre demandas y recursos laborales atendiendo a los niveles de las tareas, al organizacional y al social. Según el modelo, la combinación de demandas y recursos (variable según contextos organizacionales y según profesiones) determina la salud psicosocial del profesional (ver figura 4). Presupone que el desajuste crónico entre demandas y recursos laborales para atenderlas puede activar un proceso de deterioro de la salud ocupacional que acabe desembocando en un agotamiento físico y emocional que, a su vez, abre la puerta al burnout.

Esta teoría predice que, mientras que la presencia de recursos laborales proporciona motivación, activando el proceso de *engagement* (compromiso o vinculación con el trabajo y con la organización) y paliando o moderando los posibles efectos sobre la salud de las demandas laborales. Los estudios de Demerouti y cols. (2001) y Bakker y cols. (2003 y 2005) demuestran que los recursos funcionan como amortiguadores del estrés laboral, reduciendo riesgo de burnout y minimizando sus correspondientes síntomas físicos y psicológicos.

Figura 4: Modelo de demandas y recursos laborales



Extraído de Llorens, S., Del Líbano, M. y Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional, en Psicología de la salud ocupacional. Cap 2. 63-93. Madrid. Ed. Síntesis.

Como se puede observar en la figura 4, el modelo DRL contempla, por una parte, el mix demandas y recursos, y por otra los procesos de motivación y deterioro que se activan en relación al primero, así como los resultados en términos de bienestar o malestar laboral. Las *demandas* del trabajo se refieren a los aspectos físicos, sociales o de organización del trabajo que requieren un esfuerzo físico o mental y que por tanto, están asociados a ciertos costes fisiológicos y psicológicos. Cuando estas son excesivamente elevadas en comparación con los recursos disponibles para afrontarlas, activan el proceso de deterioro. Los recursos de trabajo abarcan aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizacionales del trabajo que son funcionales en la consecución de los objetivos laborales, al amortiguar la demanda de trabajo, minimizar los potenciales impactos fisiológicos y psicológicos negativos y activar el proceso

de motivación. Pero no todas las demandas tienen los mismos impactos sobre la salud psicosocial, al igual que no todos los recursos amortiguan en la misma medida las demandas del trabajo. Bakker, Demerouti y Verbeke (2004), probaron que los excesos en cuanto a presión del tiempo y a demandas emocionales eran los principales predictores del burnout, mientras que la autonomía y el apoyo social eran los recursos principales predictores del rendimiento extra rol. En el caso de profesionales de la medicina se encontraron evidencias de la relación positiva entre adecuación demandas - recursos y satisfacción en el empleo. La satisfacción de los profesionales de la medicina dependía principalmente de las condiciones del trabajo, especialmente en lo concerniente a equilibrio y ajuste entre demandas y recursos. Entre las demandas más relevantes destaca la carga cuantitativa de trabajo y entre los recursos, la posibilidad de progreso en la carrera, el trabajo en equipo y la calidad de la supervisión.

Según Bakker y Demerouti (2007), diferentes tipos de demandas y recursos interactúan tanto en el proceso de deterioro, como en el proceso de motivación en el trabajo. Desde su perspectiva, se observa un efecto amortiguador (efecto *buffering*) de los recursos disponibles sobre los efectos de determinadas demandas, reduciendo los efectos del estrés sobre la salud y el bienestar. Por ejemplo el apoyo social, aparece como una de las variables con mayor efecto *buffering* ante los efectos del estrés en el trabajo. También una excelente relación con el supervisor puede amortiguar la sobrecarga cuantitativa y el desgaste que produce el trabajo emocional (Väänänen et al, 2003). Asimismo, y en concordancia con el modelo *demanda-control*, la autonomía en el trabajo es fundamental para la salud y bienestar de los empleados, ya que esta se asocia con más oportunidades para hacer frente a situaciones de estrés (Karasek, 1998).

Las evidencias aportadas por el modelo DRL de Bakker y colaboradores (2003; 2004) apuntan a que las demandas del trabajo (presión de trabajo, las demandas emocionales y cambios en las tareas) son los predictores más importantes de los problemas de salud, que a su vez, están relacionados con las bajas por enfermedad. En relación al proceso de motivación, los recursos de trabajo (es decir, apoyo social, apoyo de supervisor, retroalimentación sobre el desempeño, y el control del tiempo) fueron los únicos predictores de la dedicación y el compromiso de la organización. Los mismos autores (2004), afirman que la presión laboral y las demandas emocionales fueron los principales antecedentes del agotamiento en el burnout, y que entre los principales recursos positivos figuran la autonomía y el apoyo social.

Por su parte, Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes (2010) desarrollan un modelo teórico sobre el bienestar laboral general basado en la literatura y con relación al cual diseñan, aplican y validan un cuestionario. Este modelo (figura

5) contempla dimensiones del *bienestar psicosocial*, como afectos, competencias y expectativas; así como *efectos colaterales* referidos a somatización, desgaste y alienación.

En la dimensión de *bienestar psicosocial*, se destacan los elementos principales de cada escala a continuación:

- ... **afectos**
 - Insatisfacción – satisfacción.
 - Malestar – Bienestar.
 - Seguridad – inseguridad.
 - Intranquilidad - tranquilidad.
 - Desconfianza - confianza.
 - Desesperanza- esperanza

- ... **competencias**
 - Insensibilidad – sensibilidad.
 - Incompetencia – competencia.
 - Maldad – bondad.
 - Fracaso – éxito.
 - Pesimismo – optimismo.
 - Ineficacia - eficacia.

- ... **expectativas**
 - Motivación.
 - Rendimiento.
 - Identificación con la organización
 - Calidad de vida laboral.
 - Confianza en el futuro.
 - Compromiso con el trabajo.

La dimensión efectos colaterales, incluye los siguientes factores e ítems:

- ... **somatización**
 - Trastornos digestivos.
 - Dolores de cabeza.
 - Insomnio
 - Dolores de espalda
 - Tensiones musculares

...**desgaste**

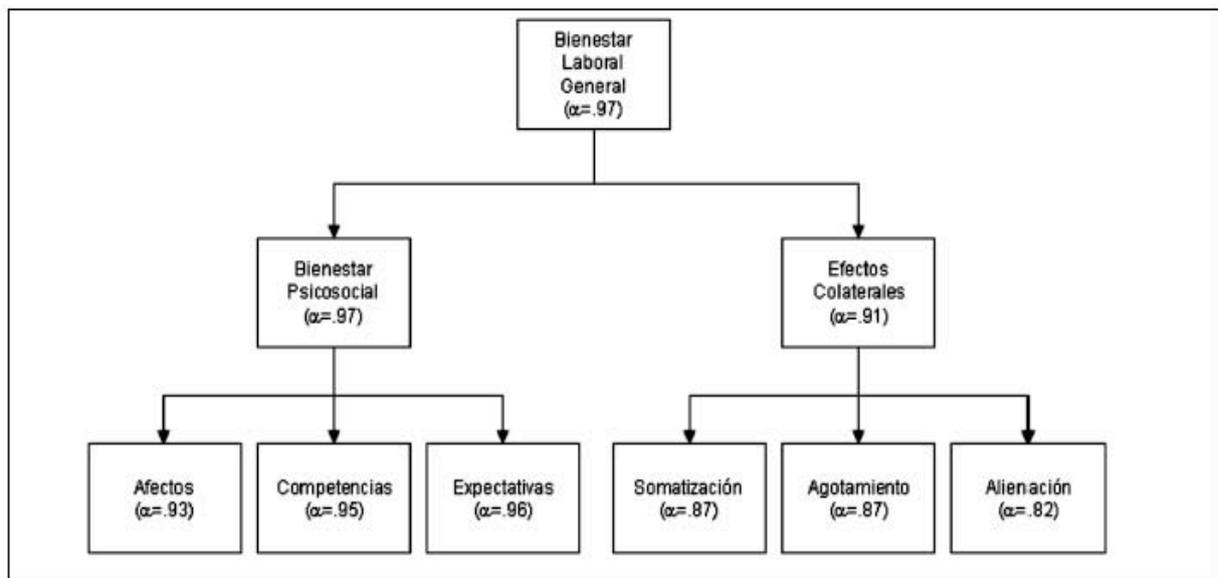
- Sobrecarga de trabajo.
- Desgaste emocional.
- Agotamiento físico.
- Saturación mental.

...**alienación**

- Mal humor.
- Baja realización profesional.
- Trato despersonalizado.
- Frustración.

Con este modelo de bienestar laboral general, los autores proponen una visión del bienestar laboral que no se limita al estatus de mera variable dependiente, efecto o consecuencia de determinadas características organizacionales que impactan sobre el individuo (Warr, 1987; 2007) y que responde a la tradición clásica clínica. Asimismo el modelo contempla tanto los aspectos negativos de la experiencia laboral como el polo positivo de lo saludable y del bienestar.

Figura 5: Modelo de Bienestar laboral general



De alguna manera, se inspiran en los principios de la declaración fundacional de la OMS, que concibe la salud como bienestar (no como simple ausencia de malestar), así como en los de la psicología ocupacional positiva, (Seligman, 2002, Salanova, Bakker y Llorens, 2006). Asimismo, esta concepción de bienestar laboral, “situada” en lo subjetivo del entorno laboral, promueve una visión más amplia y global de la experiencia en el trabajo.

2.2. Organización Saludable y Modelo de Demandas y Recursos Laborales

¿Es saludable la organización de los sistemas y servicios de salud? ¿La institución que por antonomasia se ocupa de la salud de la ciudadanía, es saludable para las personas que la integran como organización, esto es, para el capital humano que la ayuda a implementar esa misión?

Tradicionalmente, la psicología del trabajo y las organizaciones convencional tendió a considerar el escenario laboral como una variable independiente que hace sentir sus efectos sobre la variable dependiente integrada por el personal que trabaja en cada organización, centrando su mirada en los efectos de tal entorno sobre las personas trabajadoras y mostrándose acrítica con respecto a las variables independientes de orden organizacional (Blanch, 2011).

Algunas perspectivas emergentes enfocan la realidad laboral como una parte sustantiva integrada por la persona, el entorno y sus recíprocas. Esta mirada facilita que la organización también sea foco de análisis crítico como una referencia básica de todo estudio sobre la salud y el bienestar en el trabajo.

Este segundo enfoque es el que adopta el modelo de *organización saludable* que se expone en la figura 6. El constructo organización saludable (OS) que lleva implícito dos conceptos: organización y salud. Por una parte, la *organización* hace referencia a las formas en que se estructuran y gestionan los procesos de trabajo, (incluyendo el diseño de los puestos, los horarios de trabajo, el estilo de dirección, la efectividad organizacional y las estrategias organizacionales para la adaptación de los empleados), esto es, las prácticas de desarrollo de los recursos humanos. Por otra parte, el término *saludable* deriva de la idea de que es posible distinguir sistemas de organizaciones *sanos* y *enfermos*; esto es, formas de estructurar y gestionar los procesos de trabajo con resultados más saludables que otros (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson y McGrath, 2004).

Una asunción básica sobre las *organizaciones saludables* es la de que crear y mantener tales organizaciones es bueno para todos los componentes de la misma, esto es, para empleados y empleadores, así como para sus clientes o usuarios y para la sociedad en general. Combinar el término saludable con organización conlleva una visión integradora, incluyendo resultados de un variado número de disciplinas y especialidades, que abarcan no sólo las perspectivas tradicionales de salud en el lugar de trabajo como el estrés ocupacional, la seguridad, la salud ocupacional y la promoción de la salud laboral, sino también la conducta organizacional, la dirección de recursos humanos y la economía (Salanova, 2008).

Los estudios sobre estrés ocupacional aportan evidencia sobre lo que es una organización no saludable. La mayoría de ellos se han centrado más en efectos individuales de la patología laboral y, por tanto, más en atender y reparar clínicamente a las personas estresadas que en prevenir su estrés, cambiando y corrigiendo los factores organizacionales estresantes. Es decir, esta mirada desenfocó las variables organizacionales causantes en su gran mayoría de tales efectos sobre la salud. Con un nuevo enfoque centrado en la *organización saludable* se trata de dirigir el punto de mira hacia la organización como factor clave de la salud ocupacional (Miller, 1998; Salanova, 2008, 2009; Crespo, 2012).

Figura 6. Modelo heurístico de organización saludable.



Extraído de Salanova (2008)

Esto que se presenta como una nueva mirada hacia la organización se inspira en la *psicología organizacional positiva*, que se basa en la premisa de que las *organizaciones saludables* (OS) ofrecen una vida laboral más significativa y de mayor calidad de vida laboral. Esta visión destaca la importancia de que las personas trabajen motivadas y en entornos sanos. Y concibe la salud laboral de las personas de una organización como una meta en sí misma, pero también como un elemento beneficioso para la organización y sus usuarios. Por ello, su modelo heurístico se centra en una doble cara de la organización: la compuesta por lo que incluye de factores de riesgo psicosocial y de factores saludables.

Wilson y colaboradores (2004) describen las OS como aquellas organizaciones que invierten en acciones para el bienestar laboral y la productividad de la organización, mediante puestos de trabajo óptimos, ambientes sociales de apoyo y una política de igualdad de oportunidades, de carrera y de conciliación trabajo-vida (*work life balance*). En general, la OS es la que estructura un ambiente positivo de trabajo y que tiene un funcionamiento óptimo (Salanova, Martínez y Llorens, 2004). Por ello, el modelo de OS estudia las prácticas saludables de estructurar y gestionar los procesos de trabajo, los empleados saludables y los resultados organizacionales, ya que entiende que estas dimensiones tienen relación con la construcción de la organización saludable. Las prácticas organizacionales saludables tienen que ver con los recursos organizacionales, sociales y de tarea. Estos recursos funcionan como elementos necesarios para afrontar las demandas y exigencias laborales, y facilitan el aprendizaje y el desarrollo personal y profesional (Demerouti, et al. 2001). Warr (1990), en su modelo vitamínico, identificó los principales recursos organizacionales implicados en el bienestar psicológico en el trabajo, a saber:

- Claridad de tareas y rol.
- Autonomía
- Oportunidades para el contacto social.
- Variedad de tareas.
- Información y *feedback* sobre el trabajo.
- Retribución justa.
- Seguridad física
- Valor social del trabajo
- Apoyo del supervisor.

Además de estos recursos organizacionales, que están íntimamente relacionados con las tareas y el ambiente social, existen las políticas de la dirección, el desarrollo de los recursos humanos y los valores y objetivos, que pueden también cumplir el mismo papel de recursos organizacionales. Los

recursos sociales son aquellos que tienen que ver con las relaciones personales en el trabajo (con colegas, con la dirección y con usuarios y sus familiares y acompañantes). Todos ellos conforman el ambiente social de la organización, el clima organizacional, y la calidad de ambos (Ridruejo, 1983; Silva, 1992; 1996).

Según el modelo OS, aquellas organizaciones que disponen y ponen al servicio de sus empleados este tipo de recursos, que sirven para afrontar eficazmente las demandas laborales y que contribuyen a un ambiente socio laboral positivo, son organizaciones más *saludables*.

Este modelo heurístico incluye el concepto de *capital psicológico positivo*, es decir, las competencias psicológicas y fortalezas del personal de la organización. Este capital psicológico positivo mejora el funcionamiento organizacional y la *performance* personal y organizacional. Luthans y Youssef (2004) identifican la autoeficacia, el optimismo, la esperanza y la resiliencia, como principales competencias psicológicas saludables. Salanova (2008) añade el *engagement* y el mayor peso de la autoeficacia sobre las otras tres fortalezas indicadas por Luthans y Youssef. En todo caso, el capital psicológico positivo tiene efectos positivos a nivel personal (bienestar psicológico) y a nivel de equipo de trabajo; y por lo tanto también, a nivel organizacional.

Distintos autores han identificado los beneficios de esas fortalezas que conforman el capital psicológico positivo.

Bandura (1997) demostró que la **autoeficacia** tiene una importancia clave en el esfuerzo y persistencia en el afrontamiento de situaciones en el trabajo y que una baja autoeficacia está relacionada con el abandono y la ausencia de capacidad para afrontar con tesón situaciones del entorno laboral. Los trabajadores con alta esperanza, demuestran altas dosis de motivación para conseguir objetivos organizacionales y por lo tanto, buenos resultados organizacionales medidos a través del desempeño (Salanova, 2008).

Seligman (1990) subraya la importancia del **optimismo** en el trabajo y su relación con el éxito en la mayoría de las profesiones. Lo mide tanto en resultados esperados, como en expectativas de resultados organizacionales. Una actitud pesimista reduce la capacidad de afrontar con éxito los cambios, las dificultades y el estrés en el trabajo.

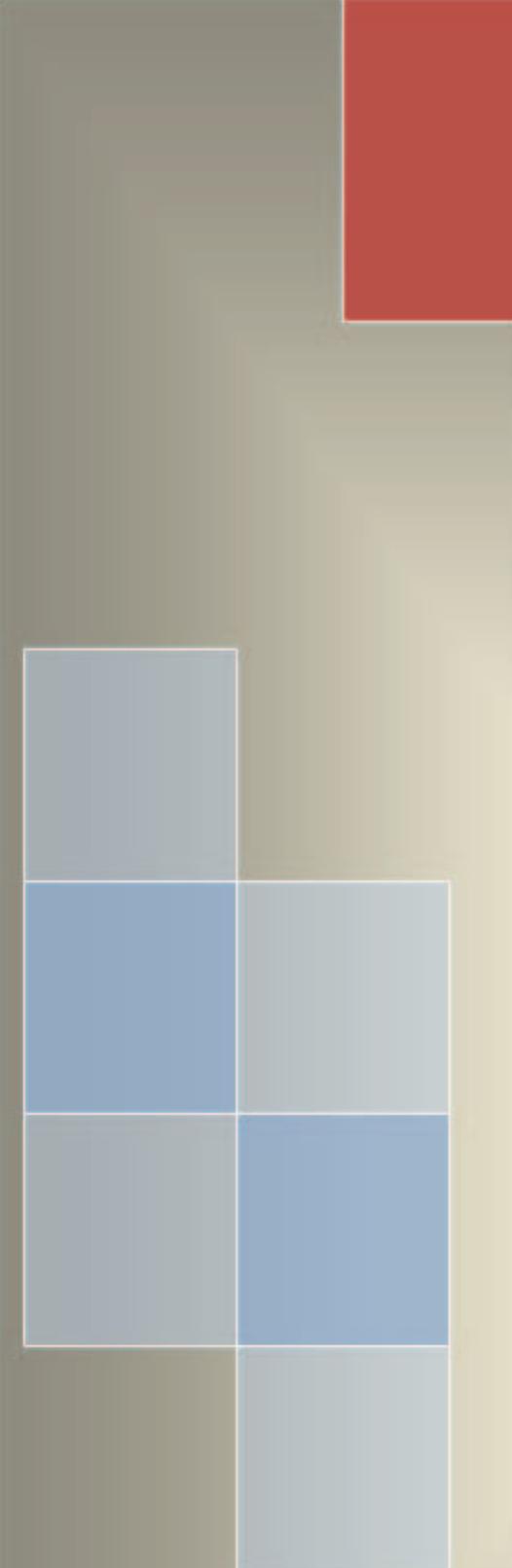
Luthans (2002) pone de relieve la importancia de la **resiliencia**, por su valor para expeler la adversidad laboral y para afrontar mejor los cambios y la incertidumbre.

En cuanto al *engagement* o vinculación psicológica, Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (2002) lo definen como un estado afectivo positivo caracterizado por su gran vigor, dedicación y absorción en el trabajo. Las

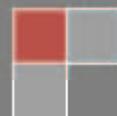
personas *engaged* demuestran gran energía y capacidad de respuesta a las demandas laborales, con eficacia y vinculación al trabajo.

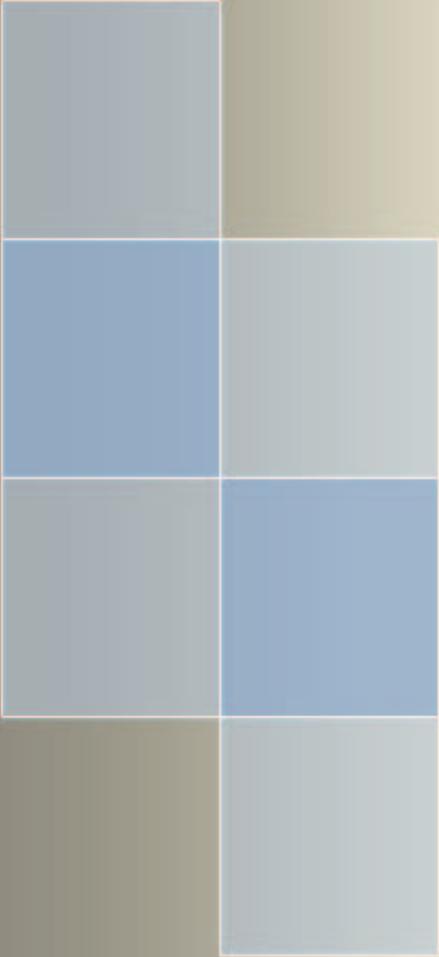
Además de las prácticas organizacionales saludables y el capital psicológico positivo, el modelo incluye los resultados organizacionales saludables. Si las organizaciones saludables gestionan los procesos de trabajo y sus personas con excelencia, se espera que estas obtengan resultados saludables (excelencia organizacional), tanto en el desempeño como en los servicios de la organización (Salanova, 2008). Respecto al primer tema, este implica de lleno la hipótesis del *trabajador productivo feliz*, que presupone que los trabajadores satisfechos en el trabajo son más productivos. Se discute sobre la fuerza de la relación entre ambas variables (productividad y felicidad) (Da Silva, 2006) y sobre la capacidad del bienestar para generar espirales positivas que implican autoeficacia y desempeño superior. Respecto a los servicios saludables, se supone que una organización saludable busca la relación positiva con su entorno y con la sociedad a través de la excelencia en sus servicios hacia sus clientes y usuarios.

En resumen, una organización saludable la conforman las sinergias que se establecen entre las prácticas organizacionales saludables, el capital psicológico positivo de las personas que componen la organización y los resultados que se orientan hacia sus usuarios y la sociedad. La pregunta que se plantea al respecto gira en torno a lo que la actual organización sanitaria (en su diversidad de configuraciones a nivel global, regional, estatal y local) conlleva de organización saludable; esto es, a sus puntos fuertes y débiles en cuanto a salud ocupacional y a los modos y estrategias que se pueden establecer de cara a fortalecer los primeros y mitigar los segundos.



PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO





Capítulo 3

Método



Existe un consenso casi universal en torno a la idea de que las megatendencias en el mundo laboral en general, entre las que destacan la reorganización flexible de las condiciones de trabajo y una nueva gestión del mismo, repercuten para bien o para mal en la calidad de vida laboral y en la experiencia de bien y malestar en el trabajo. Esta afirmación es válida para todos los trabajos en general y para el trabajo médico en particular.

Hasta hace poco tiempo, la mayor parte de la investigación sobre el bienestar en la profesión médica se centró en el análisis del lado negativo del fenómeno. A ello se dedicaron innumerables estudios sobre factores de riesgo psicosocial en el trabajo médico, como el estrés, la sobrecarga de trabajo, la precariedad de las condiciones laborales, el burnout, etc.

En este trabajo se intentará mirar a las dos caras de la moneda siguiendo por un lado la rica tradición de los estudios sobre los factores de riesgo psicosocial y por otro la relación trabajo médico bienestar psicosocial, siguiendo el camino de la psicología organizacional positiva y de la salud ocupacional positiva.

3.1. Preguntas, hipótesis y objetivos

En este contexto, la **pregunta principal** de esta investigación se concreta en los términos siguientes: **¿Cómo las nuevas condiciones de trabajo impuestas por el *new management* sanitario influyen en el bienestar laboral de los profesionales de la medicina?**

De esta pregunta principal se deriva la siguiente **hipótesis general**: Las repercusiones de las nuevas condiciones del trabajo médico en la experiencia laboral de los profesionales de la medicina tienen un doble signo: (a) positivo, en forma de bienestar subjetivo, satisfacción laboral y *engagement* o vinculación y compromiso con la organización y con la profesión, y (b) negativo, en forma de mala salud ocupacional, efectos colaterales psicofisiológicos, distrés, burnout e insatisfacción laboral, asociados especialmente a la presión asistencial y a la consiguiente sobrecarga de trabajo y al déficit de tiempo para realizarla.

De ella pende una serie de expectativas de resultados:

- La intensificación del trabajo y el déficit de tiempo percibidos irán asociados a una percepción de reducción de la cantidad y calidad de las interacciones sociales tanto con colegas como usuarios y pacientes.

- Conocidas las inversiones realizadas en las últimas décadas en los equipamientos materiales y tecnológicos, se espera una alta puntuación en la escala de organización y entorno material, valoración que tendrá una relación positiva con la del bienestar psicosocial.
- Los profesionales de la medicina que mejor se adapten a la organización (alta puntuación en la escala de adaptación persona-organización) percibirán menos efectos colaterales en la salud y puntuarán mejor en bienestar laboral general.
- Los profesionales de la medicina que puntúan más alto en afectos, competencias y expectativas, percibirán un ambiente social más positivo, mientras que aquellos con alta somatización, desgaste y alineación percibirán un ambiente social más negativo.

Los **objetivos principales** del presente trabajo son los de describir y comprender (a) cómo las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina en el actual contexto de cambio en el mundo de la sanidad son percibidas y valoradas por los propios los profesionales de la medicina y (b) cuál es la relación entre esta valoración de las condiciones de trabajo y la de diferentes aspectos del bienestar laboral, de los riesgos psicosociales y de la salud ocupacional de estos profesionales. De ellos derivan unos **objetivos específicos**:

- Identificar las principales variables organizacionales, sociodemográficas y culturales que intervienen en el bienestar/malestar laboral de profesionales de la medicina latinoamericanos y españoles en el actual contexto de cambio.
- Establecer relaciones entre factores saludables y de riesgo psicosocial en la organización sanitaria actual latinoamericana y española.
- Describir la experiencia de la articulación de demandas y recursos en profesionales de la medicina latinoamericanos y españoles en el marco del *new management* sanitario.
- Comparar las informaciones obtenidas en distintos países destacando similitudes y diferencias entre ellas.
- Extraer a nivel teórico y práctico, propuestas en materia de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo médico.

- Proponer y promover un modelo de organización sanitaria saludable, basada en los principios de la calidad de vida laboral, el bienestar general y la salud ocupacional positiva

3.2 Diseño

Se diseñó la investigación en dos fases: una fase piloto de carácter exploratorio y otra empírica, que combinaba tanto metodología cualitativa como cuantitativa. Este diseño mixto, exigido por el objeto de la investigación, conllevó la producción y análisis de datos numéricos y textuales. Con ellos se trató, por una parte, de evaluar aspectos cuantificables del bienestar laboral del colectivo médico en el marco de sus nuevas condiciones de trabajo y, por otra, de analizar la dimensión subjetiva y fenomenológica de su experiencia de trabajo.

La fase piloto del proyecto, de carácter exploratorio, se desarrolló durante el año 2008. Tuvo como objetivo la investigación de los fenómenos psicosociales del bienestar en el trabajo en la experiencia laboral del profesional de la medicina, con el foco de análisis tanto a las condiciones objetivas como subjetivas del trabajo de la medicina en la sanidad hospitalaria principalmente. Las percepciones del entorno laboral, las experiencias y sentidos del trabajo, el impacto psicosocial percibido y las estrategias de afrontamiento en relación a las condiciones de trabajo, fueron los focos de la atención del estudio en esta fase exploratoria.

En esta fase, el trabajo empírico comportó la utilización de tres técnicas: (a) una encuesta mediante una versión preliminar del *cuestionario de calidad de vida laboral*, (b) una entrevista semiestructurada con preguntas referidas a aspectos específicos de la experiencia del participante en su entorno laboral y (c) un grupo focal, más en la producción de información sobre aspectos puntuales de esta experiencia.

La **fase empírica** se desarrolló en los años 2009 y 2010. De ella se extrajeron las conclusiones parciales de las principales relaciones del fenómeno de bienestar en el trabajo, se acotó el alcance del trabajo, su foco de análisis, las variables principales, sus relaciones y los efectos más importantes del modelo teórico, con el objeto de corroborarlos mediante estudios estadísticos inferenciales. En esta fase se aplicó el cuestionario de calidad de vida laboral que incluye escalas relacionadas con las condiciones de trabajo de (Blanch, et al., 2010) y con el bienestar laboral general (Blanch et al., 2010), cuyas características y propiedades psicométricas fueron publicadas en la *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*.

3.3 Participantes

De una población de profesionales de la medicina de España (n= 134) y de distintos países latinoamericanos (Brasil, Chile y Colombia) (n=147) se realizó un muestreo de conveniencia, intencional y estratificado por criterios de sexo, edad, antigüedad en la profesión, tipo de contrato laboral y ejercicio o no de responsabilidades directivas. Los participantes totales en este trabajo fueron 281.

Tabla 1.- Distribución de la población por países

País	Frecuencia	%
España	134	47,7
Países latinoamericanos	147	52,3
Total	281	100,0

En cuanto al sexo de la población participante en esta fase empírica, el 55,2% fueron de sexo masculino y el 44,5% femenino, tal y como se puede observar en la tabla siguiente.

Tabla 2.- Distribución de la población por sexo

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	155	55,4
Mujer	125	44,6
Total	280	100,0

En referencia a la edad media de los participantes, según consta en la tabla siguiente, ésta era de 43,16 años (SD 11.19), con una antigüedad media de casi 17 años (SD 10.85) y una antigüedad en su centro de trabajo de 10,75 años (SD 10.75).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables Edad, Antigüedad en la profesión y Antigüedad en el centro de trabajo

Variables	M	SD	Min	Max
Edad (años)	43,16	11,19	24	75
Antigüedad en la profesión	16,51	10,85	1	45
Antigüedad en el centro	10,75	9,97	0	45

Por otra parte y en relación al tipo de contrato que vinculaba a los participantes con su organización, un 70,8% era estable (indefinido, o permanente) y el 29,2% inestable (temporal).

Tabla 4. Distribución de casos por Tipo de contrato

Tipo de contrato	Frecuencia	%
Contrato estable [indefinido, o permanente]	199	70,8
Contrato inestable [temporal]	82	29,2
Total	281	100,0

En cuanto al haber ejercido o no responsabilidades directivas en el propio centro de trabajo, como se representa en la siguiente tabla, el 70,9% de la población no las ostentaba en el momento que contestó al cuestionario ni las

había ejercido anteriormente, frente al 29,1% que tenía o tuvo responsabilidades de esta naturaleza.

Tabla 5. Distribución de casos por Responsabilidades directivas.

Responsabilidades directivas	Frecuencia	%
No	197	70,9
Sí	81	29,1
Total	278	100,0

De esta tabla se puede inferir que casi tres de cada cuatro profesionales de la medicina participantes en este trabajo no ejercían ni habían ejercido responsabilidades directivas en su centro de trabajo.

A modo de resumen se puede afirmar que el participante tipo de esta investigación fue (hombre o mujer) iberoamericano, con una media de edad de 43 años (mayoría comprendida entre los 32 y los 54), con una media de antigüedad en la profesión de unos 16 años (mayoría comprendida entre los 6 y los 27), con una antigüedad media en su centro de trabajo en torno a los 10 años (con una gran dispersión al respecto), dos terceras partes de los cuales disponiendo de contrato permanente. Una tercera parte del conjunto ejercía o había ejercido responsabilidades directivas en su centro de trabajo.

El conjunto de los participantes en este estudio presentó un grado de heterogeneidad suficiente como para integrar la adecuada diversidad tipológica en cuanto a variables sociodemográficas que le confiere un nivel razonable de *representatividad teórica*, en la línea de lo propuesto por la *Grounded Theory*.

3.4. Instrumentos

Se utilizaron tres tipos de instrumentos, la entrevista semiestructurada, el Focus Group y la encuesta de *calidad de vida laboral*; la cual a su vez se compone de los cuestionarios de *Bienestar Laboral* y de *Condiciones de Trabajo* citados anteriormente.

3.4.1 Guía de entrevista

El diseño de la entrevista se dividió principalmente en tres fases: inicio, entrevista y cierre. Estas se describen a continuación:

1. Inicio.

- Objeto de la investigación. Se presentó el estudio internacional sobre calidad de vida laboral. En este momento se “situaban” las preguntas en relación al “entorno laboral” del participante.
- Aspectos éticos, confidencialidad, libertad, etc..., donde se presentó el documento de consentimiento informado y sus implicaciones.
- Valor de su opinión / participar / implicación, donde se matizó que lo importante en sí son las respuestas de los participantes, y que estas no son consideradas correctas ni incorrectas, ni buenas ni malas.

Esta fase duró unos minutos, en los que se informó de antemano al participante, de cara a citarle para la entrevista, para pasar a plantearle a groso modo, los parámetros clave de la investigación.

2. Entrevista.

- Rapport. El entrevistador se preocupó de generar el clima adecuado de cara a construir un clima agradable que favoreciese al máximo la producción de respuestas, amplias, y con el mayor grado de riqueza posible.
- De lo general a lo concreto. Durante el enunciado de las preguntas, referidas a grandes variables para poder profundizar, el entrevistador solicitaba al participante la puntualización de algún detalle que aportase más información en referencia a algún hecho concreto e interesante, siguiendo siempre un esquema que fuera de lo más general, a lo más específico.

- “Calibrar” al entrevistado. El entrevistador observaba cualquier elemento emocional que pudiera acentuar la importancia de la información.

3. Cierre.

- Agradecimientos. Se agradeció la participación en la investigación.
- Se le invitó a seguir como participante en la investigación en caso necesario, y a seguir participando en ulteriores fases de la investigación (*Focus Group* principalmente u otras escalas añadidas posteriormente al cuestionario principal).

Desde esta perspectiva, la guía de la entrevista (Véase anexo 3) primero se situó **en relación al entorno laboral**. El interés de esta investigación no es la opinión de los profesionales de la medicina en relación a un objeto externo o general, sino su propia experiencia subjetiva. Por ello, el enfoque de inicio de la entrevista se centró en la evolución del mundo del trabajo y de “*cómo ve y vive este proceso de cambio en su trabajo concreto*”. Posteriormente cada pregunta incorporaba el adjetivo posesivo “su”, refiriéndose inequívocamente a la experiencia personal del entrevistado.

La entrevista constaba de 14 preguntas abiertas y relacionadas con el marco teórico general, con los siguientes de **condiciones de trabajo y bienestar laboral general**.

En referencia al primer tópico, las preguntas iban dirigidas hacia tres aspectos de las condiciones de trabajo: organización y método; organización y entorno; y organización y persona. En relación a las preguntas del primero, iban dirigidas hacia los siguientes temas:

- **Regulación del trabajo** (Preguntas 16, 18 y 23), con preguntas sobre las condiciones del tiempo de trabajo, organización general del trabajo, retribución económica, carga de trabajo y calidad del contrato laboral.
- **Desarrollo** (Preguntas 18 y 29), con preguntas sobre la percepción de autonomía en sus decisiones, percepción de justicia de las condiciones estructurales de su contrato (retribución y promoción), oportunidades para la formación continua, vías de promoción, participación en las decisiones empresariales, relaciones con la dirección, evaluación del rendimiento profesional por la organización y apoyo recibido de la dirección.

En relación a la organización y el entorno, las preguntas iban dirigidas a temas del entorno material y social, tales como:

- **Entorno material** (Pregunta 16), con una pregunta sobre el entorno físico, instalaciones y equipamiento, recursos materiales y técnicos, prevención de riesgos laborales y servicios auxiliares como limpieza, seguridad, etc.
- **Entorno social** (Preguntas 17, 25 y 26), con preguntas sobre el compañerismo, respeto en el grupo de trabajo, el reconocimiento del trabajo por los colegas y el reconocimiento del propio trabajo por usuarios/as del servicio.

Por último, en lo referente a organización y persona, las preguntas se dirigían en las direcciones siguientes:

- **Ajuste organización – persona** (Preguntas 21, 22 y 28), con preguntas relacionadas con el grado en que la organización se adapta a las expectativas, intereses, valores del profesional, etc.
- **Ajuste persona –organización** (Preguntas 19, 20 y 24), con preguntas relativas al grado en que la persona se adapta a la política de la organización, a sus normas, a los valores, etc.

La pregunta 27 se incluyó en relación a otra investigación paralela a la presente, distinta del objeto de esta tesis.

Por otra parte, el tópico del *bienestar laboral general*, recogía el bienestar psicosocial y los efectos colaterales. El primero se refiere a afectos, competencias y expectativas (preguntas 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28 y 29) mientras que el segundo a somatización, agotamiento y alienación (preguntas 22, 23 y 25).

A modo de resumen, con esta entrevista se intentó observar, cómo los profesionales de la medicina perciben su entorno laboral; cómo es su experiencia personal en el trabajo; cómo esas experiencias y sentidos del trabajo tienen sus repercusiones en el impacto psicosocial percibido, en términos de bienestar -malestar y efectos sobre su salud, sus estrategias y prácticas de afrontamiento (coping), outputs emocionales; y todo ello, en relación a sus condiciones de trabajo. También permitió observar la activación del proceso de deterioro de la salud o de la motivación, tal y como postula la teoría de *demandas - recursos* laborales de Bakker y Demerouti (2007).

La aplicación de la entrevista duró entre treinta minutos y una hora aproximadamente. Posteriormente, sus contenidos fueron transcritos, siguiendo unas normas del equipo de investigación para su ulterior análisis mediante el programa *Atlas. Ti*.

3.4.2 Focus Group

Otro de los instrumentos que se utilizaron dentro de la fase exploratoria, fue un *Focus Group* (FG), con el objeto de profundizar en distintos aspectos que sobresalían en las entrevistas anteriores y que tenían relevancia para la pregunta de investigación. Este FG tenía como tema principal los **factores de riesgo psicosocial** de las propias **condiciones de trabajo**, con especial énfasis en los **efectos biopsicosociales** (ver anexo 4).

El objetivo de la sesión fue el de que en su dinámica aflorase, en la conversación de los participantes, información suficiente para poder explorar los siguientes puntos:

- Impacto psicosocial percibido /bienestar subjetivo.
- Impacto en la propia salud.
- Afectaciones en la vida personal y en la vida profesional
- Otros (Indicadores de automedicación, presentismo, absentismo, conciliación de la vida laboral, personal y familiar, etc.)

Por ello, se diseñó un esquema guía para dirigir el FG (Véase anexo 4), que se describe a continuación.

Se introdujo el FG dando la bienvenida y agradeciendo la deferencia a participar en este estudio. Se presentaron a los directores del FG, y se enmarcó el estudio y su dimensión internacional. Se explicaron los aspectos éticos de la investigación y se pasó el consentimiento informado para su lectura y en su caso, firma y autorización. Posteriormente, se inició la primera pregunta estímulo referida a la **salud** percibida, relacionada con las circunstancias del trabajo y se incidió en los síntomas y factores explicativos de los participantes.

Posteriormente, se realizó otra pregunta estímulo relacionada con los **sentimientos**, incidiendo en el estado de ánimo, autorrealización, desgaste emocional, humor, saturación mental, etc. Una tercera pregunta estímulo se refirió a la relación del propio **trabajo con otros dominios de la vida**. En la formulación de las distintas preguntas estímulo, se incidió cuando salía a colación, en efectos percibidos de las condiciones de trabajo en la vida personal (bajas por incapacidad temporal, automedicación, *absentismo* del trabajo o, por el contrario, comportamientos *presentistas* de asistencia al trabajo estando “peor

de salud que algunos de los propios pacientes”), y sobre la vida personal y familiar. Se finalizó con los agradecimientos oportunos y la entrega de un certificado de participación. El FG tuvo una duración de una hora y quince minutos y a lo largo del mismo se sirvió bebida y un pisco.

Igual que con las entrevistas, el FG se transcribió para ser procesado para su análisis con el programa Atlas.Ti.

3.4.3. Cuestionarios de la encuesta

La encuesta de calidad de vida laboral está compuesta por los cuestionarios de *Condiciones de Trabajo* y de *Bienestar Laboral*. Ambos son instrumentos diseñados y validados para medir la dimensión psicosocial de las condiciones de trabajo (qCT) y el bienestar laboral general (qBLG) en organizaciones de servicios a las personas (*human services*).

Dichos formularios fueron sometidos a un proceso de validación durante la fase piloto o exploratoria del proyecto de investigación, que concluyó en la fase empírica, pasando a ser validados positivamente. Su aplicación es individual, tipo lápiz y papel, y ambos se completan entre 20 y 30 minutos.

El qCT está compuesto por seis escalas, dos referentes al binomio *Organización y Método* (las de Regulación y de Desarrollo), otras dos de *Organización y Entorno* (Entorno Material y de Entorno Social), y por último otras dos que relacionan *organización y persona* (Ajuste organización persona y adaptación persona organización) (Anexo 1).

El qBLG se compone de seis escalas, tres relativas al *bienestar psicosocial*, (afectos, competencias y expectativas), y otras tres de *efectos colaterales* (somatización, desgaste y alienación) (Anexo 2).

Ambos cuestionarios sitúan al participante en relación a su contexto laboral y a su propia experiencia en el trabajo. En el primer cuestionario se le pide que valore distintos aspectos de sus condiciones de trabajo, de su entorno laboral y de su centro de trabajo. En el qBLG se incide en sentidos y sentimientos sobre su trabajo, sobre su trayectoria profesional y en sentimientos explicados por consecuencias del trabajo.

Ambos cuestionarios fueron validados en 2010 mostrando buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010; Blanch, Sahagún, y Cervantes, 2010).

3.5 Procedimiento

El trabajo de campo se abordó en dos fases como anteriormente se ha anunciado; una exploratoria y otra empírica. En la primera de ellas, tras el diseño inicial de los instrumentos y haber pasado por el comité de ética de la UAB, se contactó con profesionales de la medicina, informantes clave en los distintos hospitales de los países participantes.

Previamente, en la fase de diseño de los instrumentos, se formó a los entrevistadores, alumnos de grado, postgrado y de doctorado de distintas universidades de los países participantes, con el objeto de llevar a cabo, con las garantías técnicas y éticas, la aplicación de cuestionarios y entrevistas.

Debido al sesgo que pudiera introducir la “entrada” a un hospital por la cúspide de la pirámide organizativa (falta de credibilidad, sospecha de objetivos ocultos, miedo a la confidencialidad e incluso a la represalia) se decidió, inspirándose en la técnica de la *bola de nieve*, abordar el acceso a los participantes, a través de contactos personales por la base de la organización. Se instó a los contactados y participantes a que invitaran a colegas de la profesión y/o de su organización a participar en la investigación.

En algunos casos, hubo reuniones previas de explicación del proyecto por entrevistadores en los hospitales, así como llamadas telefónicas y cruce de correos, con la información requerida por los interesados.

Tras informar a los profesionales de la medicina, y una vez firmados los documentos del consentimiento informado por cada participante, se planificó la entrevista, la aplicación del cuestionario, y/o la participación en un Focus Group. A algunos participantes que mostraron interés por los resultados, se les hizo llegar tiempo después, las publicaciones relacionadas con el campo de investigación, o del proyecto en concreto.

En la fase empírica, el procedimiento fue el mismo, utilizando las últimas versiones de los instrumentos. Gracias al aprendizaje de la fase anterior, fue menos difícil añadir participantes a la población. La aplicación de la técnica de bola de nieve, dio lugar al aumento de prescriptores y ello conllevó un aumento del potencial de difusión del proyecto de investigación.

3.6 Ética de la investigación

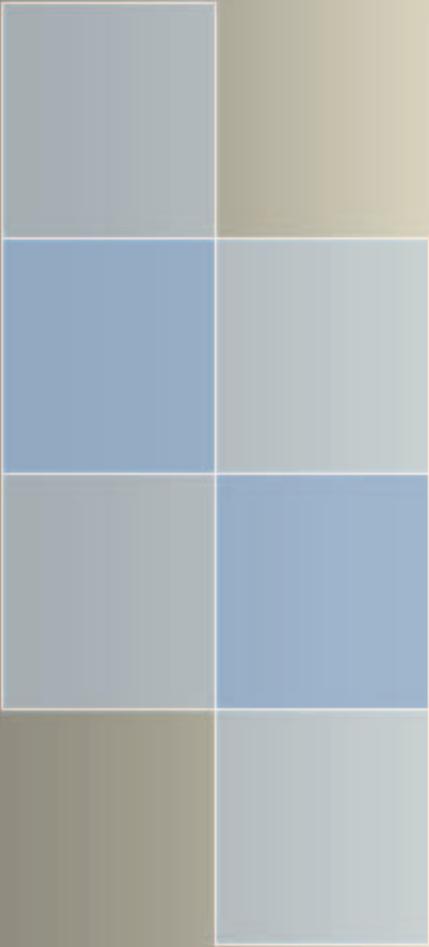
En cada una de las diferentes pruebas que formaron parte del conjunto de la investigación (encuesta, entrevista, grupo focal y ocasionalmente auto etnografía fotográfica), y antes del inicio de la misma, se informaba a cada participante de que la prueba en la que estaba dispuesto a participar, formaba parte de un *estudio internacional sobre calidad de vida laboral en universidades y hospitales*. En todos los casos, se garantizó formalmente la confidencialidad de los datos recogidos y el anonimato de las personas encuestadas (que participaron libre y voluntariamente en la investigación), así como el de sus centros de trabajo.

Por ello, todas las personas invitadas a participar, fueron previamente informadas sobre las características del estudio, y se les aclararon las dudas que expresaron al respecto y finalmente, fueron invitadas a firmar una hoja de *consentimiento informado* (Anexo 3). En ella, igual que en el pie de todas las páginas del cuestionario, figuraban el nombre, la dirección y los datos para la localización electrónica y telefónica de los responsables generales y locales de la investigación. Mediante esta hoja que firmaba cada participante, este declaraba haber recibido información sobre las finalidades del estudio y sobre sus derechos al respecto, dejando constancia de su participación voluntaria en la investigación, y su autorización para el uso científico, de los datos aportados a la misma.

El documento del consentimiento informado recoge y aglutina tanto el espíritu de la investigación con humanos, como la confirmación por cada participante de su libre decisión de participar. También recoge los preceptos de protección de datos de carácter personal (LOPD), así como la disponibilidad del investigador principal. Sin este documento, debidamente informado y posteriormente firmado por el participante, no era viable la aplicación de instrumentos.

Asimismo, se formó al equipo de encuestadores, de entrevistadores y dinamizadores de grupos focales, no sólo en lo concerniente a los aspectos técnicos y protocolarios de cada prueba, sino también en lo relativo a la ética de la investigación. También fueron informadas de ello, las personas e instituciones que facilitaron los contactos con los participantes.

Todos estos elementos detallados, fueron el vector ético que se ha utilizado en esta investigación, utilizados también por el resto del equipo de investigación *Kofarips – Wonpum* y de los miembros de la red *coLABORando*.



Capítulo 4

Resultados



En este capítulo se presentan los resultados, tanto los cualitativos, como los análisis de datos, los estadísticos, las tablas, los cuadros y los gráficos. En referencia al proceso completo con las técnicas cualitativas, se han tenido en cuenta los estándares de rigor, calidad y praxis recomendadas por distintos autores (Guba y Lincoln, 1981; Seale, 1999; Castillo y Vázquez, 2003; McLellan, McQueen y Nedig, 2003; Muñoz, 2005; Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005; Trinidad, Carrero y Soriano, 2006) para posteriormente sacar conclusiones integradas con los resultados cuantitativos y las primeras conclusiones. Como se indicó en la presentación del esquema de trabajo, esta tesis se compone de resultados de varios estudios (fase exploratoria y empírica), que se inician a finales de 2008 y finalizan a principios de 2011.

Estos resultados se presentan en relación a los modelos teóricos de las condiciones de trabajo y del bienestar laboral general, junto con el análisis desde el punto de vista de la teoría de demandas recursos laborales.

En las tablas siguientes aparecen los estadísticos de la media y la desviación estándar, significación y tamaño del efecto con la D de Cohen, de las escalas de condiciones de trabajo y del bienestar laboral general. Con respecto al tamaño del efecto, se utilizó la regla sugerida por Cohen (1988), según la cual los tamaños de efecto $r=.10$ ($d=.20$) son considerados pequeños, tamaños de efecto; $r=.30$ ($d=.50$) son considerados medios tamaños de efecto; $r=.50$ ($d=.80$) son considerados grandes tamaños de efecto.

4.1 Condiciones de trabajo (CT)

Se presenta a continuación, los resultados del cuestionario de condiciones de trabajo por escalas y sub-escalas. En referencia a las condiciones de trabajo puede apreciarse una media en el puntaje general de 6,36 (SD 1,33) en una escala de 0 a 10. En cuanto a la *organización y método*, la media es algo inferior al puntaje general (M 5,86; SD 1,63), también en los aspectos de regulación (5,99 SD 1,66), es decir, tiempo de trabajo, organización general del trabajo, retribución economía, carga de trabajo, calidad del contrato laboral y conciliación de la vida laboral y la vida privada – familiar; como en los aspectos de desarrollo (5,73 SD1,83), es decir, autonomía en la toma de decisiones, justicia en la contratación, remuneración y promoción, oportunidades para la formación continua, vías de promoción laboral, participación en las decisiones organizacionales, relaciones con la dirección, evaluación del rendimiento profesional por la institución y apoyo social del personal directivo.

El factor organización y entorno tiene un puntaje mayor que la anterior (M 6.71 SD 1.37), por lo que las condiciones de organización y entorno son mejor valoradas que los de organización y método. La escala social (M 7,12 SD 1.48), de compañerismo, respeto en el grupo de trabajo, reconocimiento del trabajo por parte de colegas y por usuarios, es el aspecto mejor valorado de todo el qCT, junto con la escala de adaptación persona – organización que obtiene una M 5,02 (SD 1,17) en una escala de 0 a 7.

Respecto al puntaje en *organización y persona*, este arroja una media de 4,9 y una SD (1,08) en una escala de 1 a 7, siendo inferior el relativo al ajuste organización persona (M 4,76, SD 1,26) y superior el de adaptación persona – organización (M 5,02, SD 1,17). El primero hace referencia a que la organización “satisface mis intereses, me exige según mis capacidades, responde a mis necesidades, encaja con mis expectativas, se ajusta a mis aspiraciones, concuerda con mis valores”, etc., y el segundo refiere a, “me adapto a la política del centro, asumo los valores de la dirección, acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo, me identifico con el espíritu de los cambios producidos, me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados”, etc. En los resultados del análisis cualitativo sólo el 4,38% destacó que la adaptación organización persona era un elemento de evolución positiva, frente al 1,46% que destacaba que era un factor que empeoraba.

Tabla 6. Medias y desviaciones estándar en puntajes de escalas

	Factores y escalas	Valores	M	SD
qCT	<i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33
	<i>Organización y método...</i>	“	5,86	1,63
	<i>...regulación</i>	“	5,99	1,66
	<i>...desarrollo</i>	“	5,73	1,83
	<i>Organización y entorno...</i>	“	6,71	1,37
	<i>...material</i>	“	6,28	1,68
	<i>...social</i>	“	7,12	1,48
	<i>Organización y persona...</i>	1 - 7	4,90	1,08
	<i>...ajuste org. - persona</i>	“	4,76	1,26
	<i>...adaptación persona - org.</i>	“	5,02	1,17

En la contabilización de respuestas de profesionales de la medicina a entrevistas en relación a los aspectos que están siendo percibidos respectivamente como *mejorando* y *empeorando* en su contexto laboral actual, se encuentra que las condiciones laborales de regulación, son las que más se percibe que “*empeoran*”. El 64,6% de los participantes reconoce que en la coyuntura actual lo que más está empeorando son estos aspectos, sobre todo los relacionados con la presión del tiempo de trabajo y el aumento de la carga de trabajo; mientras lo que más se destaca que “*mejora*” es el entorno material (53,65%), muy por delante del entorno social (aspecto más valorado en el qCT), que sólo el 10,22% lo subraya. Posiblemente, el entorno social se destaca menos debido a que se ha mantenido estable, alto y positivo, mientras que aspectos como el entorno material, con instalaciones y equipamientos, recursos materiales y técnicos, prevención de riesgos laborales y servicios auxiliares, han ido mejorando en mayor medida, incentivado por la exigencia y la evolución de la tecnología médica.

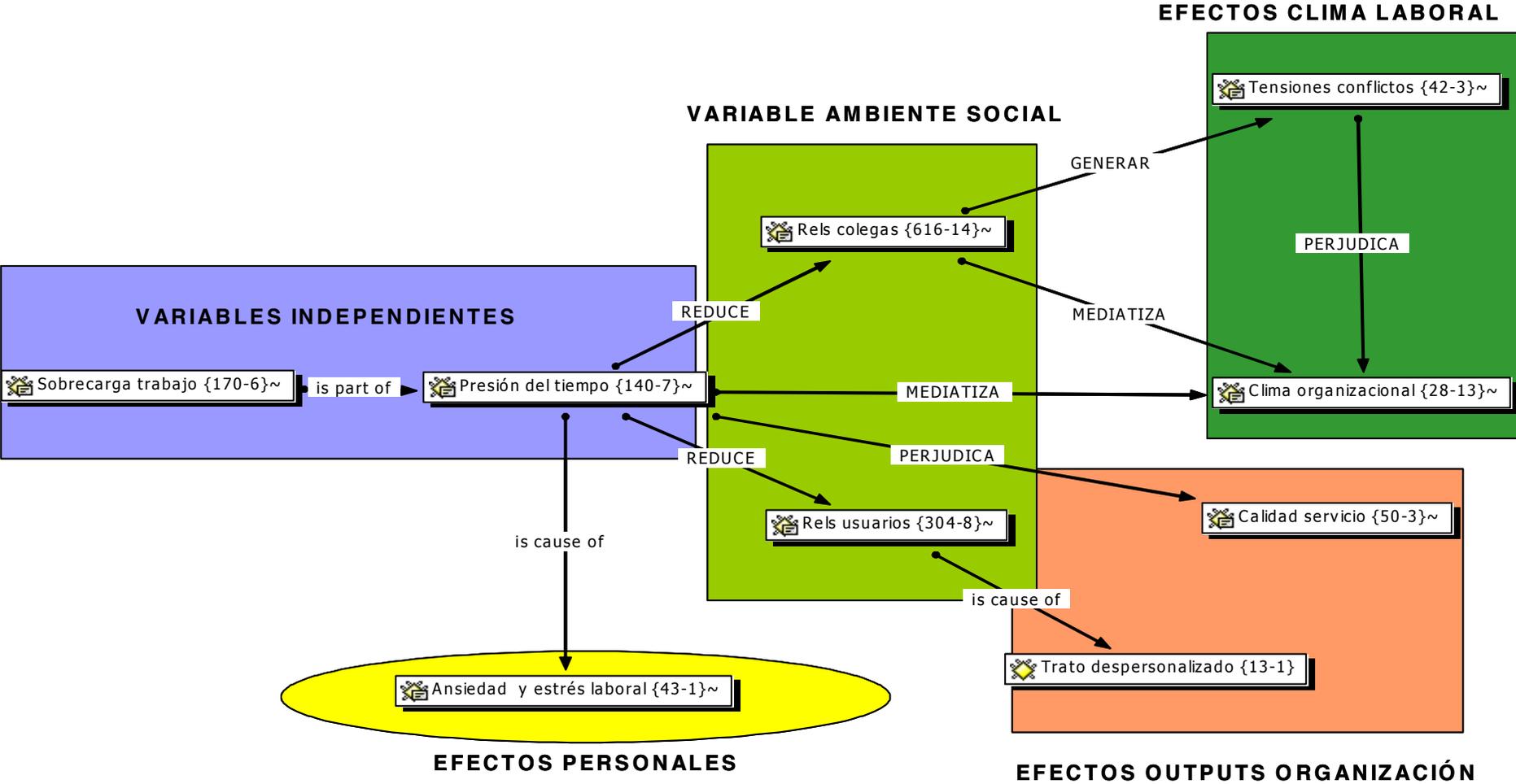
Tabla 7. Frecuencias de respuesta a la evolución percibida de las condiciones de trabajo.

Mejorando		
	Frecuencias	%
C1a1. Regulación	26	9,49
C1a2. Desarrollo	15	5,47
C1a3. Entorno material	147	53,65
C1a4. Entorno social	28	10,22
C1a5. Ajuste O-P	12	4,38
C1a6. Adaptación P-O	0	0,00
C1a7. Otro	34	12,41
C1a8. NS/NC	12	4,38
	274	100,00

Empeorando		
	Frecuencias	%
C1b1. Regulación	177	64,60
C1b2. Desarrollo	17	6,20
C1b3. Entorno material	18	6,57
C1b4. Entorno social	13	4,74
C1b5. Ajuste O-P	4	1,46
C1b6. Adaptación P-O	9	3,28
C1b7. Otro	27	9,85
C1b8. NS/NC	9	3,28
	274	100,00

Como se ve los aspectos de regulación, presión del tiempo y sobrecarga de trabajo, son los que se percibe que en mayor medida “empeoran” muy por encima de otras condiciones laborales. En la **figura x**, ambos aspectos, se describen como causantes de efectos perniciosos en el ambiente social del trabajo, en el clima organizacional y en los resultados organizacionales.

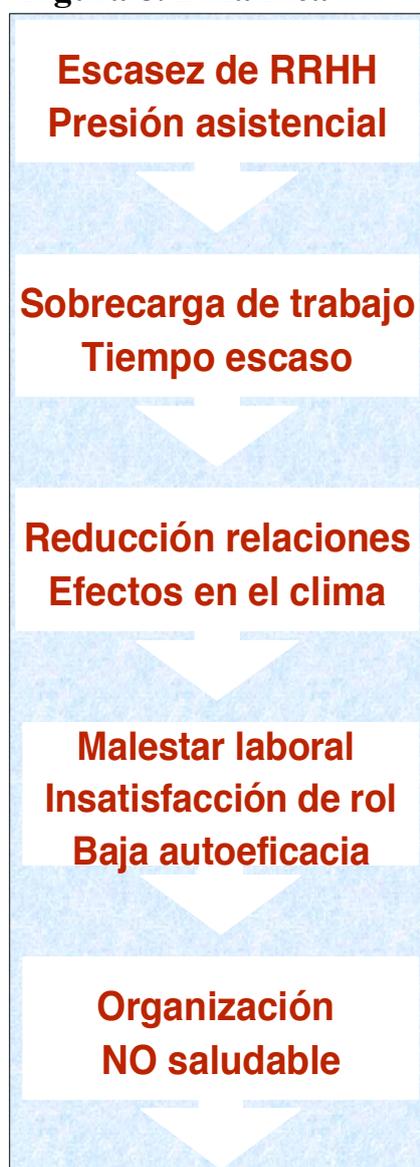
Figura 7. Efectos de la sobrecarga de trabajo y la consiguiente presión del tiempo sobre las RMP y con colegas (Crespo, 2012).



4.1.1 Tendencias comunes

La tendencia general que manifiesta la muestra se resume en la figura siguiente.

Figura 8. Dinámica



La dinámica que explican los profesionales de la medicina se resume en la figura 8. La escasez de recursos humanos y una alta presión asistencial, generan una alta sobrecarga de trabajo que conlleva una alta presión del tiempo en el trabajo (demasiado trabajo para el tiempo del que se dispone para ejecutarlo).

La escasez de tiempo implica la reducción de la interacción tanto con colegas de profesión, (lo que conlleva efectos en el trabajo en equipo y en la calidad del mismo), como con los usuarios del servicio. Esta reducción de la interacción (reducción de las interacciones y del tiempo de duración de las mismas) tiene sus efectos en la cantidad y calidad de las relaciones, perjudicando la autoeficacia (insatisfacción con el rol: el profesional siente que no hace bien su trabajo al dedicar menor tiempo del necesario a las tareas médicas produciendo distrés), el trabajo en equipo, la calidad del servicio y la relación médico paciente (RMP).

Esta escasez del tiempo como recurso, dificulta el acceso a estos recursos sociales, pero también a los estructurales, lo que conlleva implicaciones negativas en el ambiente social y en el clima organizacional.

Estos elementos se valoran como los causantes de que las condiciones de regulación del trabajo empeoren y produzcan malestar laboral, insatisfacción con el rol y una percepción de autoeficacia baja, (esta se fundamenta en el caso de los profesionales de la medicina por que tienen una limitación de tiempo en la atención al usuario).

La insatisfacción de los profesionales y de sus usuarios, que por lo general no están satisfechos por el “gap” entre el tiempo disponible del profesional para su atención y el recibido, indica que los resultados de la organización sanitaria no son “saludables”.

En las entrevistas en profundidad realizadas a cinco médicos de hospitales de la población española, se detectaron como aspectos positivos en su experiencia laboral, los de *regulación* de las condiciones de trabajo (técnicas de diagnóstico, mejora de condiciones salariales y reducción de guardias), pero también los relacionados con los recursos proporcionados por el ambiente social, como son las relaciones positivas con el superior inmediato ligado a un estilo de liderazgo participativo y abierto a la comunicación. Por lo tanto, junto con el *compañerismo* (palabra destacada en la experiencia laboral positiva de los profesionales de la medicina) se constata la importancia de los recursos sociales como mitigadores de las condiciones negativas del trabajo, tanto en su vertiente relacional entre iguales; como sus con inmediatos superiores.

Además, una experiencia laboral positiva ligada a la expectativa de mantener los criterios de calidad asistencial, se reporta como aspecto positivo que va mejorando en el entorno laboral. Pero este aspecto es variable, ya que depende de las circunstancias organizacionales y de la coyuntura del sistema sanitario.

La autoformación se percibe también como un recurso organizacional que dota de posibilidades y proporciona sensación de desarrollo; y por tanto como un elemento mitigador de las condiciones de trabajo negativas del entorno laboral, como son, la sobrecarga de trabajo por la alta presión asistencial y como consecuencia de ellas, la escasez de tiempo en el trato al usuario, que genera insatisfacción con el rol y baja percepción de autoeficacia. Es posible que la escasez de tiempo y el mantenimiento de los criterios de calidad asistencial se compensen mutuamente, de modo que la segunda mitigue los efectos perniciosos de la primera. Por ello, son congruentes los descriptores de experiencia laboral referidos a la escala de expectativas; es decir, **realización, compromiso, dedicación y motivación.**

Tabla 8. Aspectos de la experiencia laboral valorados positivamente

	PERSONAL MÉDICO
Condiciones trabajo (CT)	CT6: Técnicas de diagnóstico... CT5: La mejora de las condiciones salariales. CT7: Reducción de guardias.
Ambiente Social (AS)	AS3: Cambio y mejora del jefe de servicio con un liderazgo participativo y con capacidad de comunicación (anteriormente jefe autoritario).
Expectativas de Futuro acciones mejora (EF)	EF7: Mantener los criterios de calidad asistencial y de autoformación.

Por otra parte, también se encuentran elementos negativos en la valoración de la experiencia laboral de los profesionales de la medicina (véase tabla 9). De hecho, aparece la otra cara de la moneda en algunas variables positivas que se acaban de destacar. En relación con las condiciones de trabajo-*regulación*, destacan las condiciones contractuales precarias y la inadecuada retribución. En referencia a los recursos sociales destacan aspectos relacionales con el inmediato superior, como es el bajo reconocimiento del esfuerzo en el trabajo y la escasa participación en las decisiones laborales. Además, vuelve a aparecer la sobrecarga de trabajo unida a una organización pesada y rígida, lo que deja entrever la dificultad de adaptación de la organización y sus recursos humanos y estructurales a la alta presión asistencial.

Por todo ello, parece congruente que las palabras que describen los efectos negativos de la experiencia laboral se relacionen con la carga, el estrés, el agotamiento y la injusticia.

Tabla 9. Aspectos de la experiencia laboral valorados negativamente

	Personal médico
Condiciones trabajo (CT)	<p>CT4: ICS = Organización pesada y rígida.</p> <p>CT3: Centralización de las decisiones, nula o escasa participación en decisiones que afectan el trabajo (ICS).</p> <p>CT2: Sobrecarga de trabajo (Estresor).</p> <p>CT7: Condiciones contractuales precarias.</p> <p>CT8: Inadecuada retribución.</p>
Aspectos Insoportables inquietantes (AI)	<p>AI2: Nulo reconocimiento del esfuerzo por parte del jefe.</p> <p>AI4: Inquietante el descenso de la calidad asistencial.</p> <p>AI5: Mala praxis individual o cuando esta viene de una directriz (ligado a AS1).</p>

Parece clara la doble cara de la experiencia laboral de los encuestados, que brindan distintas versiones coexistentes en su vivencia, que se combinan de modo diferente según cada caso personal y cada puesto de trabajo. Aquellos profesionales que disfrutan de buenas condiciones laborales, tanto en sus vertientes de regulación, como en recursos sociales, tienen más probabilidades de reportar un bienestar laboral positivo; aunque parece claro que los recursos sociales, sobre todo en aquellos casos que se da en la doble vertiente de compañerismo y apoyo por el inmediato superior, constituyen la variable clave. De hecho, estos recursos sociales funcionan como mitigadores de los efectos perniciosos de las condiciones negativas del trabajo. Así lo atestiguan los datos cuantitativos, donde unas medias que rozan un “notable” en bienestar laboral general, se combinan con la percepción de alta sobrecarga de trabajo y de fuerte presión asistencial.

Con respecto a los resultados cuantitativos, no se encontraron diferencias significativas entre países en cuanto a organización y entorno material y social de las condiciones de trabajo; lo que puede indicar que la percepción de “mejora” mostrada anteriormente, tanto en aspectos sociales como en condiciones de trabajo materiales, indica evoluciones percibidas similares tanto en el grupo latinoamericano como en el español en ambos temas.

Atendiendo a la variable sexo, tampoco se encontraron diferencias significativas en el puntaje general de las CT, en cuanto a organización y método, organización y entorno, ni por último en adaptación persona – organización. En cuanto a la variable edad, solamente aparecen diferencias cercanas a la significación en organización y entorno material ($p=.071$); de modo que el grupo de mayor edad (<43 años), parece valorar más alto los aspectos materiales de las condiciones de trabajo que el grupo de menor edad (≥ 43 años).

Considerando la antigüedad en la profesión y la antigüedad en el centro de trabajo, tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas; pero si aparecen algunas cercanas a la significación ($p=.088$) cuando el grupo de menos de 11 años de antigüedad en el centro tiende a valorar los aspectos de regulación de las condiciones de trabajo más alto que el grupo de más antigüedad. También se encuentran diferencias casi significativas en la escala de adaptación persona – organización ($p=.056$), donde el grupo de más años de antigüedad en su centro parece valorar más alto esta adaptación, que el grupo de menor antigüedad.

Tampoco la variable haber desempeñado o no responsabilidades directivas en el centro de trabajo marcó diferencias en la mayoría de los factores y escalas de condiciones de trabajo.

4.1.2 Diferencias según variables censales.

Se presentan a continuación las diferencias significativas en cuanto a escalas y factores del cuestionario de condiciones de trabajo atendiendo a algunas variables censales. En la tabla 10 se presentan las escalas así como los ítems descriptivos de cada escala.

Tabla 10.- Ítems de los factores y escalas del qCT.

Organización y método	
...regulación	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de trabajo, horarios, ritmos, descansos, etc... • Organización general del trabajo. • Retribución económica. • Carga de trabajo. • Calidad del contrato laboral. • Conciliación trabajo - vida privada y familiar.
...desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomía en la toma de decisiones profesionales. • Justicia en la contratación, remuneración y promoción. • Oportunidades para la formación continua. • Vías de promoción laboral. • Participación en las decisiones organizacionales. • Relaciones con la dirección. • Evaluación del rendimiento profesional por la institución. • Apoyo recibido del personal directivo
Organización y entorno	
...material	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno físico, instalaciones y equipamientos. • Recursos materiales y técnicos. • Prevención de riesgos laborales. • Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.).
...social	<ul style="list-style-type: none"> • Compañerismo. • Respeto en el grupo de trabajo. • Reconocimiento del propio trabajo por colegas. • Reconocimiento del propio trabajo por usuarios
Organización y persona	
...ajuste organización - persona	<ul style="list-style-type: none"> • Satisface mis intereses. • Me exige según mis capacidades. • Responde a mis necesidades. • Encaja con mis expectativas. • Se ajusta a mis aspiraciones. • Concuerda con mis valores. • Facilita que mis méritos sean valorados con justicia. • Estimula mi compromiso laboral. • Me permite trabajar a gusto. • Me motiva a trabajar. • Me da sensación de libertad. • Me hace crecer personalmente. • Me permite desarrollar mis competencias profesionales. • Me proporciona identidad. • Me hace sentir útil.
...adaptación persona - organización	<ul style="list-style-type: none"> • Me adapto a la política del centro. • Asumo los valores de la dirección. • Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo. • Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio. • Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos. • Aplico el protocolo en cualquier dilema de conciencia. • Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados.

4.1.2.1 CT por países

Comparando las puntuaciones en CT del grupo de los encuestados españoles (47,7% del total) y del configurado por los participantes de todos los, países latinoamericanos (52,3%), se encontraron tendencias casi significativas ($p=.054$), en el puntaje general y en el factor de organización y método, siendo la media de los países latinoamericanos 6,52 (SD 1,46) y la de España (M 6,19 SD 1,15). Se dibuja una tendencia a una valoración más positiva de las condiciones de trabajo en el grupo latinoamericano que en el español en aspectos de regulación (véase tabla 11). Donde sí se encontraron diferencias significativas fue en la escala de *desarrollo*, aunque con un tamaño del efecto pequeño ($p=.000$ d Cohen 0,29). Los participantes de los países latinoamericanos valoraron más alto las condiciones de trabajo en lo referente a desarrollo (M 5,99 SD 1,93) que el grupo español (M 5,46 SD 1,69). Los primeros valoraron especialmente más alto que el grupo español los aspectos relativos a autonomía, justicia laboral, posibilidad de carrera, relaciones y apoyo por la dirección, etc.

Además, se encontraron diferencias significativas y un tamaño del efecto bastante alto en el puntaje general del factor organización y persona ($p=.000$ d Cohen 0,48), en adaptación persona organización ($p=.000$, 0,50) y en ajuste organización persona ($p=.001$, d Cohen 0,41). Por lo general los países latinoamericanos puntúan por encima en toda esta subescala. En el puntaje general de la escala se encuentra una media de 5,14 (SD 1,1) en los países latinoamericanos, frente al grupo español que puntúa por debajo con una media de 4,64 (SD 1). La misma tónica se sigue en las subescalas siguientes, así es en ajuste organización – persona en el grupo latinoamericano (M 5,05, SD 1,24) frente al español (M 4,44, SD 1,21), y en la adaptación persona - organización en el grupo latinoamericano (M 5,24, SD 1,24) frente al español (M 4,77, SD 1,03).

En definitiva, los profesionales de la medicina latinoamericanos valoran más positivamente que el grupo español, su adaptación a la política del centro, la asunción de los valores de la dirección, la identificación con los cambios, etc. (ajuste org – persona), y la satisfacción de sus intereses por parte de la que encaja con sus expectativas y concuerda con sus valores, etc. (ajuste persona – organización), En definitiva, la valoración de las condiciones de trabajo es mejor en los países latinoamericanos que en España. Ambos grupos arrojan puntuaciones positivas de las condiciones de trabajo, sin embargo en términos de Michalos (1995) estarían muy por debajo de las expectativas de los profesionales de la medicina.

Tabla 11.

Comparación de medias en puntajes de escalas por países

	Factores y escalas	Valores	Muestra total		Países AL			España		Dif.	Sig.	SD pooled	d Cohen	r	
			M	D.S.	n	M	D.S.	n	M						D.S.
qCT	<i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33	123	6,52	1,46	120	6,19	1,15	0,33	,054	1,31	0,25	,124
	<i>Organización y método... ...regulación</i>	"	5,86	1,63	132	6,05	1,76	132	5,67	1,47	0,39	,054	1,61	0,24	,119
	<i>...desarrollo</i>	"	5,99	1,66	138	6,10	1,78	134	5,87	1,54	0,23	,254	1,66	0,14	,069
	<i>Organización y entorno... ...material</i>	"	5,73	1,83	135	5,99	1,93	132	5,46	1,69	0,52	,020	1,81	0,29	,143
	<i>...social</i>	"	6,71	1,37	136	6,73	1,53	134	6,68	1,19	0,06	,736	1,36	0,04	,021
	<i>Organización y persona... ...ajuste org. - persona</i>	1 - 7	6,28	1,68	139	6,28	1,78	134	6,29	1,57	-0,02	,923	1,68	-0,01	-,006
	<i>...adaptación persona - org.</i>	"	7,12	1,48	138	7,18	1,68	134	7,06	1,25	0,12	,501	1,48	0,08	,041
			4,90	1,08	133	5,14	1,10	122	4,64	1,00	0,50	,000	1,05	0,48	,233
			4,76	1,26	136	5,05	1,24	130	4,44	1,21	0,61	,000	1,22	0,50	,243
			5,02	1,17	139	5,24	1,24	126	4,77	1,03	0,47	,001	1,14	0,41	,203

Tabla 12.

Comparación de medias en puntajes de escala organización y persona por sexo

	Factores y escalas	Valores	Muestra total			Hombre			Mujer		Dif.	Sig.	SD pooled	d Cohen	r
			M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.					
qCT	<i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33	135	6,46	1,33	108	6,24	1,32	0,22	,210	1,32	0,16	,081
	<i>Organización y persona... ...ajuste org. - persona</i>	1 - 7	4,90	1,08	140	5,02	1,02	115	4,76	1,14	0,27	,051	1,07	0,25	,123
	<i>...adaptación persona - org.</i>	"	4,76	1,26	146	4,91	1,23	120	4,57	1,28	0,35	,026	1,25	0,28	,137
		"	5,02	1,17	145	5,06	1,16	120	4,97	1,17	0,10	,500	1,16	0,08	,042

4.1.2.2. CT por sexo

Se encontró una tendencia casi significativa con un tamaño del efecto pequeño, en organización y persona ($p = .051$ d Cohen $0,25$), arrojando el sexo hombre (M 5,02 SD 1,02) una media más alta que el sexo femenino (M 4,76 SD 1,14). Con todo, en el factor de ajuste organización - persona, sí se encontraron diferencias significativas con un tamaño del efecto pequeño ($p = .026$ d Cohen $0,28$). Los hombres (M 4,91 SD 1,23) frente a las mujeres (M 4,57 SD 1,28) valoran más alto estos aspectos que reporta la organización a sus expectativas, necesidades y deseos laborales (ver cuadro anterior), lo que es congruente con la tendencia del puntaje general de la escala indicada al principio.

4.1.2.3 CT por responsabilidades directivas

Los resultados arrojan diferencias significativas con un tamaño del efecto pequeño y negativo, en el cruce de condiciones de trabajo por responsabilidades directivas ($p = .034$ d Cohen $-0,30$), es decir, ostentar responsabilidades directivas conlleva una mejor valoración de las condiciones de trabajo. Se observa que las medias del grupo que sí tienen responsabilidades directivas (M 6,63 SD 1,28) sobre su valoración de las condiciones de trabajo, son por lo general, más positivas que los que no tienen dichas responsabilidades (M 6,23 SD 1,32).

También se encuentran diferencias significativas con un tamaño del efecto medio, en el factor de *organización y método* ($p = ,001$, d Cohen $-0,46$), donde el grupo que no tiene responsabilidades directivas (M 5.62, SD 1.6) valora por lo general peor sus condiciones de regulación que el que sí tiene o ha tenido este tipo de responsabilidades (M 6.35, SD 1,55). Este resultado puede explicarse por el hecho de que las personas con responsabilidades directivas y con funciones en la organización del trabajo por un lado están más familiarizadas con todo lo relativo al método y además han dispuesto de mayor autonomía. Por ello, resulta explicable el que este grupo perciba mejor los aspectos de organización y método, en comparación con los que no ejercen responsabilidades directivas, ya que estos están sujetos a la dirección por otros, disponiendo de menor autonomía en relación a la organización y el método de trabajo.

En cuanto a la escala de regulación se encuentran de nuevo diferencias significativas con un tamaño del efecto bajo y negativo ($p = 0,26$, d Cohen $-0,30$). Aparece la tendencia hacia una mejor valoración de este factor por quienes tienen responsabilidades directivas. El mismo resultado de diferencias significativas y con tendencias del mismo signo se da en el factor *desarrollo*, con un tamaño del efecto medio y negativo ($p = ,000$, d Cohen $-0,52$); lo que

indica que las condiciones de desarrollo (oportunidades de formación continua, vías de promoción laboral, compatibilidad trabajo vida privada y familiar, participación en decisiones organizacionales y autonomía en la toma de decisiones profesionales.), son mejor valoradas por los que sí tienen estas responsabilidades (M 6,36, SD 1,76) que por los que no las tienen (M 5,43 SD 1,79). El personal no directivo por lo general tiene menor acceso a estos recursos laborales que el personal que ostenta responsabilidades de mando.

También se encontraron diferencias significativas con un tamaño del efecto medio cruzando los resultados en la escala *ajuste organización-persona* con la categorías Si/No de la variable responsabilidades directivas ($p=.002$ d Cohen $-0,42$). De nuevo las personas que ostentan responsabilidades directivas (M 5,11 SD 1,12) se encuentran más satisfechas con su organización que aquellas que no tienen dichas responsabilidades (M 4,59 SD 1,29). Este resultado también es congruente con lo anteriormente señalado, donde los directivos disfrutan por lo general de mayor acceso a recursos y tienen mayor autonomía y control sobre los satisfactores y facilitadores de la vida laboral y la carrera.

Tabla 13.

Comparación de medias en puntajes de escalas por responsabilidades directivas

Factores y escalas	Valores	Muestra total			No			Sí		Dif.	Sig.	SD pooled	d Cohen	r
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M	D.S.					
qCT <i>Puntaje general</i>	0 - 10	6,36	1,33	171	6,23	1,32	70	6,63	1,28	-0,39	,034	1,30	-0,30	-,150
<i>Organización y método... ...regulación</i>	"	5,86	1,63	184	5,62	1,60	77	6,35	1,55	-0,72	,001	1,58	-0,46	-,223
<i>...desarrollo</i>	"	5,99	1,66	190	5,82	1,69	79	6,32	1,54	-0,49	,026	1,64	-0,30	-,148
<i>Organización y entorno... ...material</i>	"	5,73	1,83	186	5,43	1,79	78	6,36	1,76	-0,93	,000	1,77	-0,52	-,254
<i>...social</i>	"	6,71	1,37	190	6,65	1,36	77	6,80	1,37	-0,16	,397	1,36	-0,12	-,057
<i>Organización y persona... ...ajuste organización - persona</i>	1 - 7	6,28	1,68	192	6,21	1,66	78	6,42	1,70	-0,21	,361	1,67	-0,12	-,062
<i>...adaptación persona - organización</i>	"	7,12	1,48	190	7,07	1,50	79	7,20	1,44	-0,12	,538	1,48	-0,08	-,041
		4,90	1,08	177	4,82	1,09	76	5,05	1,06	-0,23	,121	1,07	-0,21	-,107
		4,76	1,26	185	4,59	1,29	79	5,11	1,12	-0,52	,002	1,24	-0,42	-,205
		5,02	1,17	184	5,00	1,18	78	5,01	1,14	-0,01	,951	1,16	-0,01	-,004

4.2. Bienestar laboral general (BLG)

De los resultados del cuestionario de bienestar laboral general se desprende una tendencia común a valorar en términos moderadamente positivos el grado de *bienestar psicosocial* en el trabajo, contrapesada por un también notable puntaje en la escala de *desgaste*.

4.2.1 Tendencias comunes en Bienestar laboral general

Una media global de 4,81 (SD 0,89) en una escala de 1 a 7 en el cuestionario de bienestar laboral (véase tabla 14), indica un nivel de valoración de bienestar en el trabajo medio alto. El primero de sus dos factores principales, el referido a *bienestar psicosocial*, que engloba las facetas de afectos, competencias y expectativas, arroja una media de 5,13 (SD 0,97), mejorando incluso el puntaje general del cuestionario. En referencia a los factores que incluye, destaca el factor de competencias (M 5,13, SD 1,2), seguido por el factor expectativas (M 5,08 SD 0,93) y por último afectos (M 4,86 SD 1,17). El resultado en el factor *competencias* indica que los profesionales de la medicina tienden a ubicarse, dentro del esquema bipolar que les presenta el diferencial semántico, hacia el polo positivo de la competencia, el éxito, la capacidad, el optimismo, la eficacia, etc. Respecto al segundo factor más valorado, el de *expectativas*, los encuestados manifiestan en general que están *subiendo* su motivación por el trabajo, su calidad de vida laboral, su satisfacción en el trabajo y su eficacia profesional, entre otras. En cuanto al factor *afectos*, supera en poco el punto medio, indicando en el diferencial semántico una leve tendencia hacia la satisfacción, la seguridad, la tranquilidad, el bienestar, la esperanza, etc.

El segundo factor del cuestionario, el de los *efectos colaterales* (somatización, desgaste y alienación), arroja en su puntaje general una media de 3,50 (SD 1,11), lo que indica un resultado medio bajo en efectos colaterales, pero nada desdeñable. Entre las tres escalas que incluye, la de *desgaste* (M 4,61 SD 1,37) sobresale por encima de las otras, seguida de *alienación* (M 3,14 SD 1,28) y *somatización* (M 2,74 SD 1,42). El desgaste, que comprende el cansancio físico, desgaste emocional y saturación mental, es el aspecto más preocupante desde un punto de vista de malestar general. Se relaciona con la sobrecarga de trabajo y la presión asistencial, aspecto este muy saliente y por lo tanto acorde con los resultados encontrados en el cuestionario de condiciones de trabajo. Hay una relación clara entre el factor desgaste con la sobrecarga laboral, como lo atestiguan los resultados cualitativos y cuantitativos.

Tabla 14. Medias y desviaciones estándar en puntajes de escalas

	Escalas y sub-escalas	Valores	M	SD
qBLG	<i>Puntaje general</i>	1 – 7	4,81	0,89
	<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	“	5,13	0,97
	<i>...expectativas</i>	“	5,08	0,93
	<i>...afectos</i>	“	4,86	1,17
	<i>...competencias</i>	“	5,32	1,20
	<i>Factor de efectos colaterales...</i>	“	3,50	1,11
	<i>...alienación</i>	“	3,14	1,28
	<i>...desgaste</i>	“	4,61	1,37
	<i>...somatización</i>	“	2,74	1,42

Los profesionales de la medicina se encuentran con un nivel de bienestar psicosocial moderadamente positivo, pero mejorable y con un nivel de desgaste preocupante, motivado principalmente por la sobrecarga de trabajo.

En el cruce de las variables de bienestar psicosocial y las sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas en el puntaje general del qBLG por sexo, en ninguno de los dos factores ni en ninguna de las seis escalas. Únicamente se encuentra una tendencia casi significativa con un pequeño tamaño del efecto ($p=.053$ d Cohen $-.029$) en la escala de expectativas del factor bienestar psicosocial por grupos de edad. Se observa que el grupo mayor de 43 años (M 5,22 SD 0,97) tiende a mostrar mejores expectativas que el grupo de menor edad (M 4,95 SD 0,87). Aunque ambos grupos comparten unas expectativas moderadamente positivas, el que el grupo de mayor edad aparezca como ligeramente más optimista puede explicarse por el hecho de que laboralmente está en una situación de mayor seguridad, menor precariedad contractual y con una carrera más dilatada y asentada, estando algo más satisfecho, más motivado y más realizado profesionalmente que el grupo de menor edad que normalmente tiene/ una situación laboral por lo general más en construcción y asentamiento.

Respecto a los efectos colaterales, no se encuentran diferencias significativas en el puntaje general, ni tampoco en las escalas de alienación y desgaste. Tampoco se encontraron diferencias en las escalas de afectos y competencias, ni tampoco en ningún puntaje del factor de efectos colaterales, por países. Tampoco aparecieron diferencias significativas en bienestar laboral

general por antigüedad en la profesión, ni por antigüedad en el centro de trabajo, ni en el cruce con responsabilidades directivas.

4.2.2 Tendencias diferenciales por variables censales

Se presentan a continuación los factores y escalas del cuestionario de bienestar laboral general (BLG) que, cruzados con las variables censales, mostraron diferencias estadísticamente significativas.

4.2.2.1 BLG por sexo

Se encontraron diferencias significativas entre sexos en la escala de *somatización*, con un tamaño del efecto medio ($p=,001$ d Cohen $-0,48$). Esto parece indicar que las participantes de sexo femenino (M 3,1 SD 1,42) perciben o declaran más efectos de naturaleza somática (trastornos digestivos, dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda y tensiones musculares) que los participantes de sexo masculino, que arrojan una media menor a la femenina (M 2,43 SD 1,36).

4.2.2.2 BLG por países

En la comparación de medias por países en la escala de bienestar laboral general (ver tabla 15), no se encuentran diferencias significativas, pero sí una ligera tendencia al respecto ($p=.086$) con un tamaño del efecto bajo (d Cohen $0,27$) y una media en los países latinoamericanos (M 4,91 SD 0,92) mayor que en España (M 4,67 SD 0,83).

Sin embargo, en el factor *bienestar psicosocial* se encuentran diferencias significativas y un tamaño del efecto medio ($p=,009$ d Cohen $0,41$). El grupo latinoamericano muestra una media (M 5,29 SD 1,04) mayor que el español (M 4,9 SD 0,8), aunque en ambos casos la media es moderadamente positiva.

Mayor nivel de significación estadística aparece en las diferencias en la escala de *expectativas* ($p=,001$ d Cohen $0,51$) con un tamaño del efecto medio. Igual que en el factor anterior, el grupo latinoamericano arroja una media superior (M 5,27 SD 0,97) que el español (M 4,81 SD 0,81); lo que indica que mientras este segundo grupo se mantiene en un punto medio en cuanto a las expectativas en su trayectoria laboral, el grupo latinoamericano responde con la creencia de estar subiendo sus expectativas a lo largo de su trayectoria laboral.

Tabla 15.

Comparación de medias en puntajes de escalas por países

Escalas y sub-escalas	Valores	Muestra total		Países AL			España		Dif.	Sig.	SD pooled	d Cohen	r	
		M	D.S.	n	M	D.S.	n	M						D.S.
qBLG <i>Puntaje general</i>	“	4,81	0,89	98	4,91	0,92	71	4,67	0,83	0,24	,086	0,88	0,27	,134
<i>Factor de bienestar psicosocial...</i>	“	5,13	0,97	101	5,29	1,04	72	4,90	0,80	0,39	,009	0,94	0,41	,201
<i>...expectativas</i>	“	5,08	0,93	106	5,27	0,97	76	4,81	0,81	0,46	,001	0,90	0,51	,245
<i>...afectos</i>	“	4,86	1,17	141	4,92	1,29	132	4,78	1,03	0,14	,321	1,17	0,12	,060
<i>...competencias</i>	“	5,32	1,20	138	5,41	1,31	129	5,22	1,05	0,19	,199	1,19	0,16	,079
<i>Factor de efectos colaterales...</i>	“	3,50	1,11	107	3,46	1,13	76	3,56	1,10	-0,10	,547	1,11	-0,09	-,045
<i>...alienación</i>	“	3,14	1,28	112	3,14	1,32	77	3,15	1,23	-0,01	,958	1,28	-0,01	-,004
<i>...desgaste</i>	“	4,61	1,37	113	4,62	1,36	77	4,59	1,40	0,03	,901	1,37	0,02	,009
<i>...somatización</i>	“	2,74	1,42	108	2,61	1,43	76	2,93	1,41	-0,32	,131	1,41	-0,23	-,113

4.3 Descriptores de experiencia laboral

Al final de ambos cuestionarios, qCT y q BLG, se preguntó a los participantes que escribiesen cuatro palabras clave que definiesen su actual experiencia de trabajo en su centro sanitario. Los resultados generales se pueden observar en la tabla siguiente.

Tabla 16. Frecuencia de descriptores de experiencia laboral agrupados por categorías específicas.

Categorías positivas		Categorías negativas			
freq.	%	freq.	%		
Satisfacción	51	7,6	Carga	40	6
Realización	46	6,9	Estrés	20	3
Compromiso	29	4,3	Agotamiento	18	2,7
Compañerismo	21	3,1	Injusticia	10	1,5
Optimismo	18	2,7	Insatisfacción	9	1,3
Motivación	16	2,4	Inseguridad	8	1,2
Experticia	13	1,9	Frustración	7	1
Seguridad	13	1,9	Dificultades	7	1
Dedicación	10	1,5	Presión	6	0,9
Eficiencia	9	1,3	Desmotivación	6	0,9
Competencia	8	1,2	Desorganización	6	0,9
Respeto	7	1	Conflicto	6	0,9
Vocación	7	1	Despersonalización	6	0,9
Tolerancia	6	0,9	Falta de recursos	6	0,9
Tranquilidad	6	0,9			
Total C+ y C -	670	100			

*Categorías de descriptores con una frecuencia menor a 0,9%.

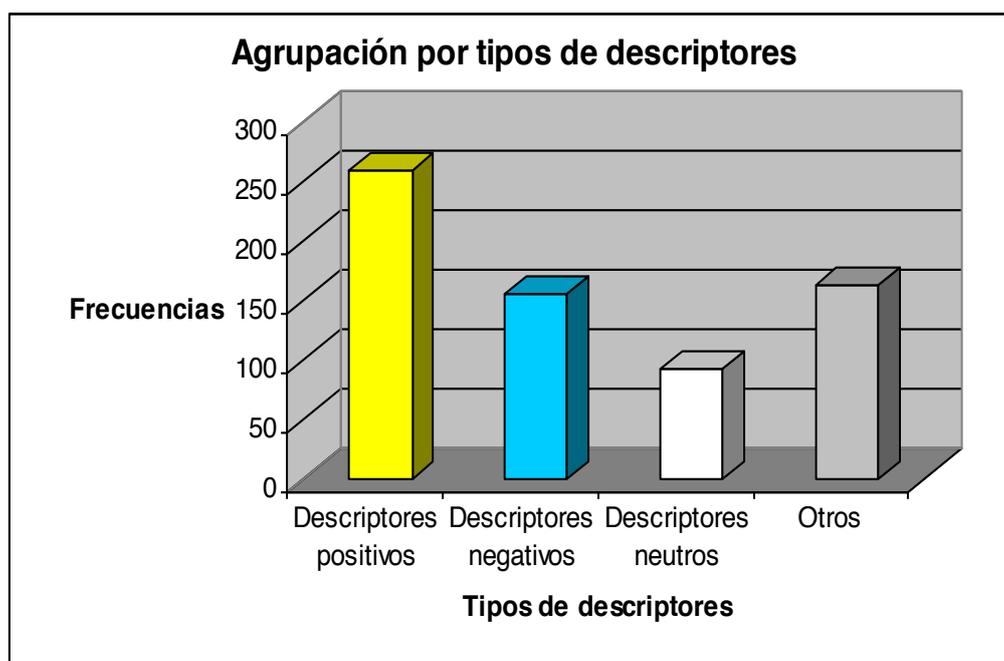
Los resultados se contabilizaron en función de su frecuencia y posteriormente se agruparon en descriptores de naturaleza positiva, negativa, neutro y otros, tal y como se muestra en la tabla 17.

Tabla 17. Agrupación por tipos de descriptores.

Agrupación por tipos de descriptores		
	Frec.	%
Descriptores positivos	260	38,8
Descriptores negativos	155	23,1
Descriptores neutros	92	13,7
Otros	163	24,3
Total	670	100,00

Los descriptores positivos (38,8%) agruparon palabras de experiencia de trabajo tipo satisfacción, realización, compromiso, compañerismo, optimismo, motivación, etc. De las 16 palabras con mayor frecuencia, que representaron al 56% de ellas, nueve tienen connotaciones positivas, cuatro negativas y tres neutras. Por lo tanto, hay mayor frecuencia de aparición de palabras que describen experiencias positivas que de las que tienen connotaciones negativas o neutras. Las palabras que describen situaciones negativas, representan el 23,1% y remiten a carga, estrés, agotamiento, insatisfacción, inseguridad, etc. Por último, las descripciones neutras representaban un 13,7%, y otras, con una frecuencia inferior al 0,9%, representan el 24,3%.

Figura 9. Agrupación de frecuencias por tipos de descriptores.



De las nueve palabras positivas que describen la experiencia laboral de los profesionales de la medicina, ocho son relativas a aspectos contemplados en las escalas de afectos, expectativas y competencias, y otra a los recursos sociales y apoyo social en el trabajo.

Estas son:

- Escala de afectos: Satisfacción y seguridad.
- Escala de expectativas: Realización, compromiso, dedicación y motivación.
- Escala de competencias: Optimismo y experticia.
- Apoyo social /recursos sociales: Compañerismo.

Sin embargo tres de las palabras de connotaciones negativas remiten a aspectos contemplados en la escala de *desgaste*. Estas palabras son *carga*, *estrés* y *agotamiento*; mientras que la otra palabra revela la percepción y valoración de *injusticia* en su experiencia en el trabajo. La siguiente cita evidencia la situación de muchos de los profesionales de la medicina que declaran haber sufrido un desgaste psicológico tras la exposición crónica a una alta sobrecarga de trabajo:

“A muchos médicos lo que les pasa es que padecen el síndrome de trabajador quemado (burnout), gente que ama su trabajo y acaba hasta las narices. No está haciendo bien su trabajo pq no se lo dejan hacer (presión asistencial). Al final lo que quiere es ver visitas rápido y que acabe el día, no te implicas pero pq no te dejan”.

4.4 Los recursos sociales en el trabajo en medicina.

Los resultados cualitativos referentes a los recursos sociales (apoyo social y ambiente social) se confrontaron con el modelo de demandas y recursos laborales y el de organización saludable.

Los resultados obtenidos mediante las preguntas abiertas de la encuesta, el focus group y las entrevistas en profundidad, centradas en el ambiente social y en el apoyo social, muestran como los recursos sociales en el trabajo son las variables de calidad de vida en el trabajo que mejor funcionan a la hora de mitigar los elementos nocivos de las condiciones de trabajo y a la de generar un clima laboral acorde con las expectativas de la profesión, aunque este clima también se vea perjudicado por la alta presión asistencial y por ende, por la escasez de tiempo disponible, que reduce las oportunidades para las relaciones

personales informales entre colegas. Esta escasez creciente representa un factor de riesgo para la calidad del ambiente social.

Los aspectos del ambiente social percibidos como que van *empeorando* o *mejorando* son los indicados en la tabla siguiente:

Tabla 18. Valoraciones sobre el ambiente Social en el trabajo.

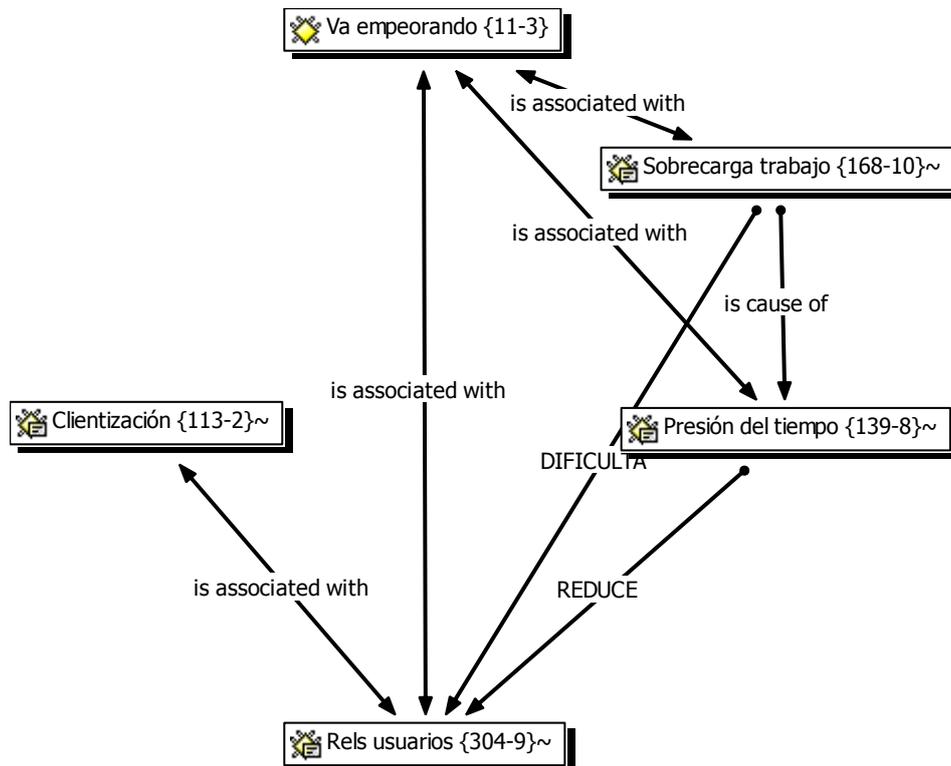
Aspectos que van empeorando	Aspectos que van mejorando
<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de trabajo • Sobrecarga de trabajo. • Presión del tiempo. • Clima de competitividad. • Relación médico paciente. • Escasez de personal. • Relación con directivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones con colegas • Trabajo en equipo • Compañerismo • Apoyo social/interdependencia

El ambiente social se construye por la calidad y cantidad de las relaciones sociales (con colegas, dirección, equipo de trabajo, pacientes y familiares, etc.) que se dan en el trabajo o fuera de él (en un segundo término). En este ambiente, aspectos básicos como la oportunidad, la frecuencia de contacto social y la presión del tiempo que perjudica la interacción y relaciones con los personajes, pueden producir tensión y conflicto. La presión del tiempo es un efecto de la sobrecarga de trabajo, que a su vez puede conllevar dificultades en la interacción con colegas, como reducir las posibilidades de interacción, la aparición de tensiones y conflictos, etc. Normalmente a mayor sobrecarga de trabajo, menor número de oportunidades de interacción informal con colegas (tomando café, etc.). Sin embargo, la sobrecarga “favorece” conductas de apoyo y compañerismo entre colegas, siempre y cuando esta no sea tan elevada que anule por completo las conductas de apoyo; lo que suele acontecer cuando la persona percibe que solo tiene tiempo para realizar “su propio trabajo” (normalmente a duras penas y con sentimientos de “no llegar”). Un aspecto relacionado con las conductas de apoyo y compañerismo es el trabajo en equipo. Este se percibe positivamente relacionado con un ambiente social positivo, que es estimulado cuando hay una sobrecarga de trabajo moderada.

Las relaciones en el trabajo a las que más importancia se da (y que por tanto influyen en el bienestar laboral de los profesionales de la medicina) son la relación con los pacientes, con la dirección del centro y con los colegas de trabajo.

a) Relación médico paciente (RMP).- Se relata por lo general la evolución de la relación con los usuarios, ya que esta en los últimos tiempos ha sufrido un proceso de “clientización”. El usuario ha pasado de ser un sujeto pasivo en la RMP a asumir un rol activo, donde la relación de poder antes inclinada hacia el profesional de la medicina, ahora se reequilibra hacia el usuario, asumiendo este por lo general, un rol de cliente, que exige y que tiene derechos, similar al que se da en la relación cliente -proveedor. Este proceso de “clientización” del usuario de la sanidad pública, añade un factor de complejidad en la RMP, que añadido a la presión por la escasez de tiempo en la atención médica, favorece unas condiciones de trabajo que se caracterizan en un alto porcentaje, por una alta carga de tensión emocional en la RMP. Los profesionales de la medicina indican que ambos factores, la presión del tiempo y el aumento de la exigencia de los usuarios, dificultan de una manera importante la relación médico paciente, perjudicando la calidad de las mismas y por tanto, añadiendo tensión emocional al trabajo del profesional de la medicina, y también, una percepción de mala calidad de servicio, tanto para el profesional, como para el usuario. También se encuentran atisbos de baja autoeficacia, debido a la dificultad que tiene el servicio médico por su escasez de tiempo. En la figura siguiente, se puede observar la relación explicativa de las características actuales de la relación médico paciente.

Figura 10. Características actuales de la relación médico paciente.



En general, la RMP ha perdido calidad debido a la escasez de tiempo que tiene el profesional de la medicina para dedicar a la atención médica del usuario/paciente. Esta escasez de tiempo viene determinada principalmente por una decisión “empresarial” en el que el médico se ve obligado a no sobrepasar un límite de tiempo máximo por paciente, en respuesta a la alta demanda de servicios médicos. La escasez de recursos humanos, unida a la alta demanda de servicios médicos, genera una alta presión asistencial y una lógica escasez de tiempo. Véase una cita extraída de los datos cualitativos a continuación:

“En cambio la relación con los pacientes sí creo que ha empeorado, y eso tiene que ver con las relaciones laborales, si te dan 6 ó 10 minutos para ver a un paciente en cada consulta es imposible que puedas llegar a establecer un vínculo con esa persona.”

b) Relación con la dirección.- Las relaciones con la dirección se valoran positiva o negativamente en función de la cercanía, posibilidad de comunicación efectiva, y del grado de respuesta que esta tiene ante las solicitudes de los profesionales de la medicina. Normalmente las interacciones con la dirección son muy escasas, y están mediadas por los mandos intermedios. Se percibe a la dirección como lejana y despegada de los problemas de los profesionales de la medicina, y más preocupada por los problemas *empresariales* que por los *profesionales*. Véanse las siguientes citas textuales:

“Respecto a la organización, los "jefes" parece que nos hacen trabajar como si esto fuera una empresa para obtener beneficios y no va por aquí el tema.”

“Yo creo que en la actualidad existe una pugna entre las directivas y los médicos, sobre todo desde el punto de vista salarial, porque lo que tratan las directivas a toda costa es el menor costo económico en la atención del paciente.”

En las citas anteriores, se observa la diferencia de valores de referencia que tienen jefes y médicos. Los primeros tienen preocupaciones de gestores, como en una empresa que busca beneficios, sin embargo el personal médico está lógicamente más centrado en la atención al paciente en primer término. Se observa claramente esa diferencia de referente laboral, característico del *new management* en la sanidad pública, donde el rol de gestor se antepone al de médico. Este es otro elemento que dificulta la relación entre jefes y personal médico, estando este último normalmente más orientado al paciente. Lógicamente, no todos los jefes son como se destaca aquí. Se describen casos de jefes más orientados al equipo y a la problemática del profesional de la medicina, por lo que la valoración de los profesionales sin cargos de dirección mejoran considerablemente, al darse una relación de apoyo con el jefe, siendo esta una fuente de recursos de apoyo psicológico y social en el trabajo.

c) Relación con colegas.- El factor que determina una relación positiva o negativa entre colegas es el trabajo en equipo y la colaboración, así como el compañerismo y el apoyo social ante las circunstancias y vicisitudes del trabajo. Si se trabaja en equipo en un buen ambiente de colaboración, por lo general se valora la relación entre colegas positivamente; mientras que esta se valora negativamente en el caso contrario. El refuerzo positivo que obtiene el equipo es la propia interacción entre colegas y el sacar el trabajo adelante.

La presión del tiempo, efecto de la sobrecarga de trabajo, puede generar tensión y conflicto, pero también un aumento de la cohesión del equipo. Ante una intensidad de trabajo elevada, se produce mayor cohesión del equipo de

trabajo, como forma de afrontamiento grupal ante la tarea. Véase la siguiente cita ilustrativa de este detalle:

“No hablo en plano teórico, sino en el de la experiencia vivida, cuando un equipo se enfrenta a una gran demanda de trabajo o actividad, caben dos opciones, la del enfrentamiento, desunión y caos o la de la ”piña”, con un aumento significativo de coesión y unión entre los miembros. Afortunadamente he tenido más experiencia en la segunda opción, aunque a veces combinada parcialmente con la primera. Es frecuente el apoyo profesional (ayuda directa en la solución de casos en los que uno tiene más experiencia) y personal (intercambio y cobertura de actividades para permitir vida y compromisos particulares). Ejemplo: yo me voy de vacaciones si mis compañeros cubren mi trabajo y viceversa, no hay “sustitutos”.

Pero la presión del tiempo, también puede dificultar y reducir la interacción entre colegas (ver figura 11), aspecto que aumenta la intensidad laboral, ya que permite pocas interacciones entre colegas de desconexión y de asueto. Si la carga de trabajo es extrema, reduce la interacción y la colaboración con otros colegas, lo que intensifica el efecto devastador de la sobrecarga de trabajo. Si este se diera durante más tiempo, el riesgo de desgaste y por tanto de sufrir el SQT es muy elevado. En general, la intensidad de trabajo es alta, pero manejable, en el sentido que favorece la cohesión del equipo y la colaboración. Por lo tanto el apoyo social (compañerismo, colaboración, trabajo en equipo, etc.) es un factor saludable fundamental para afrontar con éxito el trabajo en la sanidad actual. Véase la cita siguiente al respecto:

“Bueno, en general hay compañerismo en todas las escalas. Cuando trabajas en urgencias eso del médico, enfermera y auxiliar está bastante difuminado, cada uno hace su trabajo y te ayudas, y no hay dificultades entre compañeros, hemos de sobrevivir, y como más apoyo recibamos entre nosotros mejor”

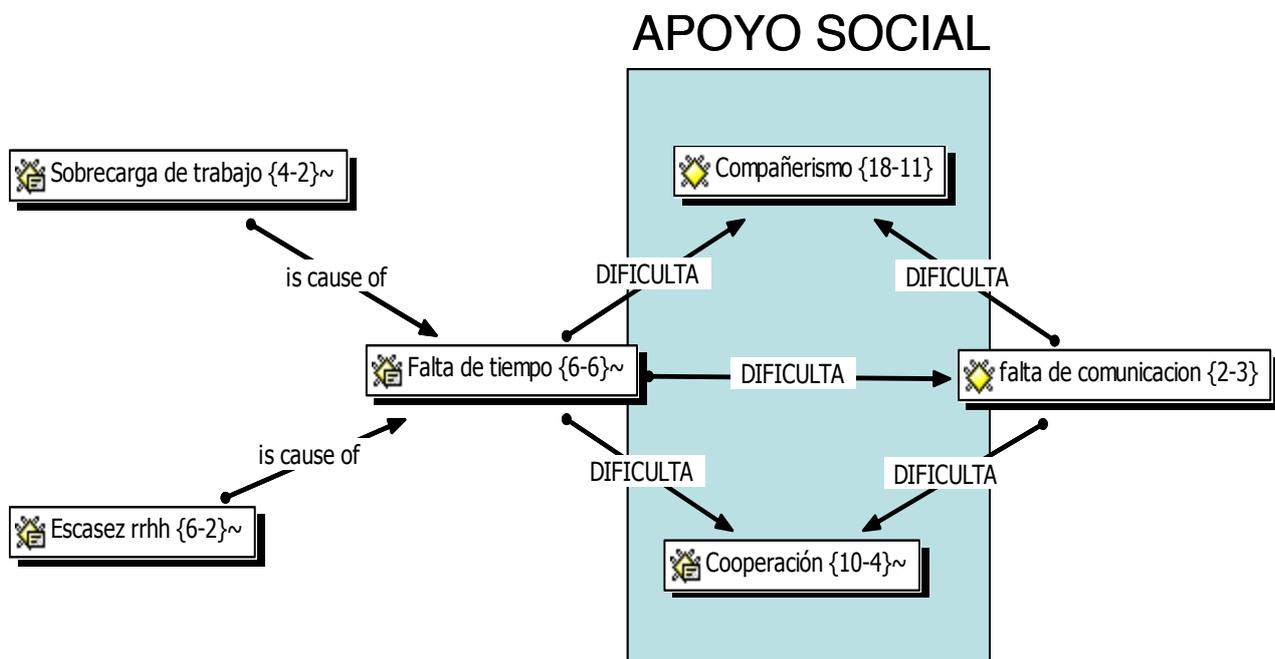
Otro elemento que perjudica las relaciones entre colegas son los aspectos de regulación del trabajo, como la precariedad contractual, ya que genera per se competitividad entre el personal preario e influye en el clima de trabajo dándole un cariz competitivo. El ambiente social competitivo, además es un elemento que se percibe empeorando en la evolución percibida del ambiente laboral y dificulta el apoyo social. La cita siguiente ilustra lo indicado en este punto:

“Tal vez lo que dificulta el compañerismo es la escasez de recursos económicos que tiene la sanidad, que hace que haya contratos con condiciones nefastas, y realmente entre los adjuntos hay tensiones por el tipo de contratos que hay; hay muy pocos contratos fijos y cada x años salen plazas, se hace un examen y cogen a una o dos personas. Estos contratos

tienen unas condiciones más justas. Esto crea tensiones de mucha competitividad...”

Apoyo social y ambiente social están íntimamente relacionados, ambos se influyen entre sí bidireccionalmente y conforman los recursos sociales más importantes para el bienestar laboral. Un apoyo social positivo mejora por lo general el ambiente social, al menos del grupo de trabajo y de los compañeros con los que se interactúa. El ambiente social está mediatizado por el clima organizacional y por las características de este (ambiente de competencia, sobrecarga de trabajo y presión del tiempo principalmente), del cual depende del tipo de apoyo social positivo o negativo. Las relaciones personales con los usuarios y con la dirección son los principales elementos de ambiente social y de las características del apoyo social.

Figura 11. Causas y efectos de la escasez de tiempo sobre el apoyo social



Las formas de apoyo que se dan entre los médicos responden a los siguientes tipos y formas:

- Instrumental.- Cambios de turno, ayudar ante problemas, sustituciones, reparto de la carga de trabajo, ayuda ante imprevistos, delegar casos a colegas más desahogados de trabajo, flexibilidad horaria, etc.
- Informativo.- Cursos de apoyo psicológico, sesiones clínicas, reuniones de trabajo, descansos, etc.
- Emocional.- Apoyo moral, ánimos, comunicación, comprensión y empatía entre colegas, grupos de apoyo, etc.

La organización sanitaria también dispone de recursos, como los grupos de apoyo, que pone a disposición del profesional con el objeto de favorecer el apoyo social y prevenir el SQT. Los grupos de apoyo son un recurso muy valorado por los profesionales asiduos a los mismos. Véase la cita siguiente:

“Pues la verdad es que el mayor apoyo que tenemos entre nosotros es hablando. Bueno, en los ambulatorios tienen una cosa que se llama “Valin” o algo así, que son grupos de conversación con psicólogos en los que cada médico puede decir cosas que le hayan pasado, dificultades que tiene, etc...y entre todos los compañeros y psicólogos lo comentan y buscan soluciones para afrontar los problemas. Creo que eso es genial. Eso es un factor que facilitaría el compañerismo, porque se crea muy buen ambiente. Creo que un factor que dificulta los actos de compañerismo es, una vez más, la falta de tiempo. Siempre hay un momento para comentar algo, pero claro, no es lo mismo decirlo por los pasillos que sentarte a hablar.”

4.5 Condiciones de trabajo, bienestar psicosocial y efectos colaterales.

Se analizó la relación entre las medias de las escalas del cuestionario de *condiciones de trabajo* y las de los factores de *bienestar psicosocial* y de *efectos colaterales* del cuestionario de *bienestar laboral general*, encontrándose correlaciones significativas en todos los cruces, tal y como se puede observar en la tabla 19.

Tabla 19. Correlaciones de qCT con Bienestar psicosocial y efectos colaterales (BLG).

Correlations			
CONDICIONES DE TRABAJO		BP Puntaje Factor de Bienestar Psicosocial	Efectos Colaterales
OM_R escala de regulación	Pearson Correlation	,425**	-,421**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	171	181
OM_D escala de desarrollo	Pearson Correlation	,550**	-,351**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	166	175
OE_M escala de entorno material	Pearson Correlation	,410**	-,268**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	172	180
OE_S escala de entorno social	Pearson Correlation	,601**	-,307**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	171	180
OP_S escala de satisfacción	Pearson Correlation	,638**	-,381**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	167	176
OP_A escala de adaptación	Pearson Correlation	,536**	-,220**
	Sig. (2-tailed)	,000	,004
	N	166	172

La escala de *regulación* (tiempo de trabajo, organización del trabajo, retribución, carga de trabajo, calidad del contrato laboral y conciliación) en relación con el factor *bienestar psicosocial* arrojó una correlación positiva y significativa ($p=,000$ $R= .425$); lo que permite inferir **a que a mejor percepción**

de las condiciones de regulación del trabajo existe mayor bienestar psicosocial percibido, mientras que en el cruce con el factor *efectos colaterales* ($p=,000$ $R= -421$), la dirección de la correlación, también significativa, fue inversa, donde **a mayor valoración de las condiciones de regulación menores efectos colaterales percibidos**. Así pues, el peso de las condiciones reguladoras del trabajo sobre el bienestar laboral general se muestra muy importante, lo cual es congruente con los resultados encontrados. Por lo tanto se espera que **a mayor carga de trabajo, mayores efectos colaterales y menor bienestar psicosocial**. Lo mismo ocurre con la precariedad contractual y retributiva, que correlaciona negativamente con el bienestar laboral y positivamente con los efectos colaterales.

Cuando se asocia la escala de desarrollo (autonomía, oportunidades de formación, promoción, participación, apoyo directivo, etc.) con el factor bienestar psicosocial aparece una correlación positiva y significativa ($p=,000$ $R= 550$); lo que permite inferir que **a mejor valoración de desarrollo, mayor bienestar psicosocial percibido, y menores efectos colaterales** ($p=,000$ $R= -351$). Tener oportunidades de desarrollo mejora el bienestar psicosocial percibido y se padecen menores efectos colaterales.

En la asociación de la escala entorno material (recursos materiales y técnicos, PRL, instalaciones, etc.) con el factor bienestar psicosocial se obtuvo también una correlación positiva y significativa ($p=,000$ $R= 410$); lo que permite inferir que **a mejor valoración del entorno material en el trabajo, mejor valoración del bienestar psicosocial percibido y menores efectos colaterales** ($p=,000$ $R= -268$). La disposición de un entorno material adecuado reporta niveles satisfactorios de bienestar psicosocial y ayuda a mitigar los efectos colaterales nocivos de otras condiciones de trabajo nocivas.

La escala de entorno social con bienestar psicosocial, arrojó unos resultados con una correlación positiva y significativa ($p=,000$ $R= 601$), lo que permite inferir que **a mejor valoración del entorno social (Apoyo social, percepción de un ambiente social positivo, compañerismo, etc.) mayor bienestar psicosocial y menores efectos colaterales** ($p=,000$ $R= -307$). Los recursos sociales, tal y como indica el importante tamaño de la R , son fundamentales para el bienestar laboral general, ya que permiten no solo mitigar los efectos nocivos del estrés laboral, sino que permite alimentar, en términos del modelo vitamínico de Warr (2007), la oportunidad de contactos personales, la comunicación y el apoyo interpersonal, factores todos ellos saludables y generadores de un ambiente social y clima organizacional positivo.

Una vez comprobada la importancia de la sobrecarga (regulación) y de la escala de entorno social, se realizó una regresión de efectos colaterales sobre carga de trabajo y entorno social. Los resultados arrojan un coeficiente de regresión de 0,130 (Beta = ,280; $p < ,001$) para la primera y de -0,144 (Beta = -,202; $p = ,007$) para la segunda. En conjunto, la suma del cuadrado de los residuos de la regresión sobre las dos variables es de 187,64 ($F_{2,177} = 17,120$). La prueba de regresión resultó significativa y positiva para ambas es decir, **se encuentran más efectos colaterales por la sobrecarga de trabajo, y menos cuando existe un entorno social positivo**; la hipótesis del apoyo social como moderador de los efectos nocivos de las condiciones de trabajo se corrobora.

Al relacionar la escala de *ajuste organización – persona* con los factores *bienestar psicosocial* y *efectos colaterales*, se encuentran correlaciones significativas y positivas con bienestar ($p=,000$ $R= ,638$) y significativas y negativas con efectos colaterales ($p=,000$ $R= -,381$). Lo cual indica que, **a mayor satisfacción laboral, mayor bienestar psicosocial y menores efectos colaterales**. Este resultado es congruente con la literatura, donde se encuentra que la satisfacción en el trabajo es un factor de felicidad en la dimensión laboral de la vida y también un factor saludable y protector de los efectos del estrés u otras condiciones perjudiciales del trabajo.

Por último, relacionando la escala de *adaptación persona – organización* (adaptación a la política del centro, asunción de valores de la dirección, identificación con los cambios, etc.) con el factor *bienestar psicosocial*, aparece una correlación positiva y significativa ($p=,000$ $R= ,536$) y una correlación negativa y significativa con el de *efectos colaterales* ($p=,000$ $R= -,220$). **Aquellos profesionales que están más de acuerdo con la organización padecen menores efectos colaterales y experimentan mejor bienestar psicosocial**. De alguna manera las personas más alineadas con la organización tienen menos fuentes de conflictos y psicológicamente están más tranquilos con su trabajo, y este elemento de tranquilidad favorece el bienestar y por tanto también la salud ocupacional.

En este punto, se realizó una regresión múltiple de *efectos colaterales* sobre *regulación* y *adaptación*. En el caso de regulación, el coeficiente de regresión fue de -0,242 (Beta = -,380; $p < ,001$), y en el caso de adaptación, el coeficiente de regresión fue igual a -0,092 (Beta = -,090; $p = ,232$). La suma de cuadrados de los residuos es igual a 170,29 ($F_{2,168} = 17,961$). La prueba de regresión resultó significativa y negativa para la primera, es decir, **se encuentran más efectos colaterales cuando las condiciones de regulación se perciben negativas, pero no aparece una influencia significativa de los efectos colaterales sobre la adaptación**.

También se aplicó la regresión múltiple al *bienestar psicosocial* sobre las escalas del qCT *desarrollo y entorno material*. Los resultados arrojaron un coeficiente de regresión de 0,191 para Desarrollo (Beta = -,425; $p < ,001$) y de 0,084 para Entorno material (Beta = ,177; $p = ,026$). La suma de cuadrados de los residuos fue de ($F_{2,158} = 32,316$). **Ambas resultaron significativas observándose mayor potencia sobre el bienestar por parte del desarrollo que del entorno material.**

4.6 Bienestar laboral general y ambiente social

Se cruzaron las escalas del cuestionario de bienestar laboral general con la valoración del ambiente social percibido y se encontraron los resultados que se pueden observar en la tabla 20. La escala de *afectos* (satisfacción, seguridad, tranquilidad, etc.) correlacionó significativamente con la percepción *empeorando* del ambiente social ($p=001$ $R=-214$), de lo que se infiere que a mayor puntuación en afectos, (mayor tendencia en el diferencial semántico hacia la satisfacción, tranquilidad, seguridad, etc.), menor percepción de empeoramiento del ambiente social. Los profesionales que se sienten más satisfechos perciben menos negativo el ambiente social. No se encontraron diferencias significativas en relación con los que percibían *mejorando* el ambiente social.

Poniendo en relación la escala de *competencias* (sensibilidad, competencia, éxito, eficacia, etc.) con la valoración *mejorando* el ambiente social, se encontraron relaciones positivas, casi significativas ($P= ,059$ $R= 119$), en la línea de que aquellas personas que puntúan mejor en competencias perciben más positivamente el ambiente social en el trabajo. No se encontraron diferencias significativas cuando se relaciona las puntuaciones en esta escala y la percepción de un ambiente sociolaboral *empeorando*.

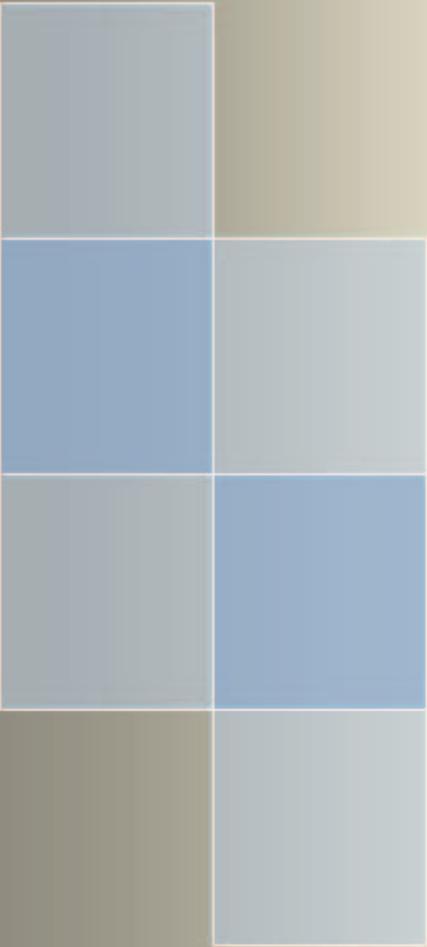
Las relaciones de la escala de *expectativas* con ambas visiones del ambiente social resultaron significativas en ambos casos: *mejorando* ($p= 0,20$ $R= ,176$) y *empeorando* ($p= 0,000$ $R= -,329$), aunque la primera aparece menos potente que la segunda. De ello se puede inferir que las personas con altas puntuaciones en expectativas perciben el ambiente social mejorando, y viceversa, que aquellos que puntúan más bajo en expectativas perciben el ambiente social en el trabajo empeorando. Las expectativas correlacionan con la percepción del ambiente social del trabajo, y por tanto es deseable conocer si las primeras generan una percepción de ambiente social positivo o si es el ambiente social positivo el que genera expectativas positivas.

Tabla 20. Correlaciones entre escalas de BLG con ambiente social.

BIENESTAR LABORAL GENERAL		ambiente social de trabajo “mejorando”	ambiente social de trabajo “empeorando”
BP_A Escala de Afectos	Pearson Correlation	,073	-,214**
	Sig. (2-tailed)	,239	,001
	N	259	258
BP_C Escala de Competencias	Pearson Correlation	,119	-,077
	Sig. (2-tailed)	,059	,222
	N	253	252
BP_E Escala de Expectativas	Pearson Correlation	,176*	-,329**
	Sig. (2-tailed)	,020	,000
	N	175	174
S_SS Escala de Somatización (VAL INV)	Pearson Correlation	,035	-,150*
	Sig. (2-tailed)	,640	,047
	N	176	175
S_DE Escala de Desgaste (VAL INV)	Pearson Correlation	-,141	-,168*
	Sig. (2-tailed)	,057	,024
	N	182	181
S_AP Escala de Alienación (VAL INV)	Pearson Correlation	,058	-,180*
	Sig. (2-tailed)	,438	,016
	N	181	180

También se cruzaron las escalas de los *efectos colaterales* con ambiente social. Relacionando puntuaciones en la escala de *somatización* con *ambiente social*, se encontraron diferencias significativas ($p=.047$ $R=-,150$) cuando se percibía el ambiente *empeorando*; no así en cuando este se percibía *mejorando*. A mayor somatización peor percepción del ambiente social. Las personas con somatizaciones como efectos colaterales tienden a percibir un ambiente social del trabajo *empeorando*.

Por último, la escala de *alienación* (mal humor, baja realización profesional, trato despersonalizado y frustración), correlacionó significativamente con la percepción de empeoramiento del ambiente social ($p=.016$ $R=-,180$). Las personas con mayor sentimiento de alineación tendieron a percibir más negativo su ambiente social de trabajo.



Capítulo 5

Discusión



En este capítulo se discutirán los resultados del capítulo precedente, comentando el grado de consecución de los objetivos propuestos y de confirmación de las hipótesis de partida. Se resumirán las principales implicaciones teóricas y prácticas de dichos resultados y se compararán con los hallazgos de la investigación en este campo. Por último se analizan los puntos fuertes y débiles de esta investigación y se dan claves orientadoras para la investigación futura.

Asimismo, se discutirán los resultados de las condiciones de trabajo, la evolución percibida de ellas, así como las repercusiones subjetivas de esas condiciones sobre el bienestar laboral, en el marco de una organización sanitaria con margen de recorrido para ser verdaderamente saludable, tanto en el entorno español, como en el latinoamericano.

Por último, se constatará la intensificación del trabajo en medicina, fruto de la evolución del sector (presión asistencial y masificación principalmente), y que se traduce en una sobrecarga de trabajo y en la consiguiente presión del tiempo; que tiene consecuencias en el bienestar laboral percibido, en el ambiente social (relaciones entre colegas y usuarios) y en los resultados organizacionales.

5.1 Resumen de los resultados

5.1.1 La cara positiva.

Las puntuaciones en el cuestionario de **condiciones de trabajo** arrojan una puntuación moderadamente positiva, pero también mejorable, donde los aspectos sociales (compañerismo, apoyo social, etc.) son los aspectos que más satisfacción aportan, aunque también donde la persona comparte valores y cultura organizacional (resultados medios-altos en la adaptación de la persona a la organización).

Siguiendo a Michalos (1985) y su *teoría de las discrepancias múltiples* (TDM), la valoración moderadamente positiva de las condiciones de trabajo, deja entrever también la aspiración de que estas son mejorables, por lo que la discrepancia entre el valor actual y al que se aspira, aspecto este muy remarcado en los datos cualitativos, denota una distancia “considerable”, que tiene una influencia negativa en la satisfacción y en el bienestar subjetivo.

La TDM, sostiene que el bienestar subjetivo expresado por el sujeto es una función lineal positiva de las discrepancias percibidas entre lo que uno tiene ahora, lo que tienen los demás, lo que esperaba tener ahora o en el futuro y lo

que necesita o cree merecer (García, 2002). La aspiración a unas mejores condiciones de trabajo puede partir de la evolución negativa percibida de los aspectos de regulación del trabajo, es decir, de la discrepancia percibida entre las mejores condiciones pasadas a ese nivel y las que se encuentran en el presente (yo, ahora/yo, mejor en el pasado). Sin embargo, en relación a las puntuaciones y valoraciones cualitativas sobre el entorno material del trabajo, este es uno de los aspectos mejor valorados, a pesar de no ser primordial para el bienestar y la satisfacción laboral; principalmente por ser un elemento extrínseco al trabajo y en términos de Herzberg (1974), un factor *higiénico* del trabajo.

En esta **valoración moderadamente positiva de las condiciones de trabajo** de los profesionales de la medicina en la coyuntura actual, hay que tener en cuenta que, aunque la evolución de la sanidad en América Latina y en España siempre ha estado sujeta a una cierta crisis del cambio por la búsqueda constante de la eficiencia y la eficacia, los datos que se aportan en esta tesis fueron obtenidos o bien con anterioridad o justo al principio de la ola singular de recortes presupuestarios desatada en 2010 en España, donde a partir de este año se ha producido un empeoramiento objetivo de las condiciones de trabajo como consecuencia de los recortes en personal, de la reducción de servicios y de la política de austeridad extrema en los recursos, todo lo cual reduce significativamente la capacidad de respuesta del sistema a la demanda social sanitaria.

Por otra parte, la valoración moderadamente positiva de los profesionales de la medicina, respecto de sus condiciones de trabajo, está en parte determinada por la **notable valoración de la escala ambiente social**, que abarca aspectos como compañerismo, apoyo social, respeto en el grupo de trabajo y reconocimiento del trabajo por parte de colegas y usuarios. El valor del apoyo social para el bienestar psicosocial y satisfacción en el trabajo ha quedado patente en la literatura científica. Cassel (1976) y Cobb (1976) iniciaron la línea de investigación sobre el papel del *apoyo social* en la determinación de los niveles de bienestar y salud, al facilitar conductas adaptativas frente al estrés. Posteriormente Karasek y Theorell (1990) subrayaron la importancia del control en el trabajo y del *apoyo social* para afrontar las demandas laborales, y Johnson y Hall (1988) añadieron al modelo de demandas-control el factor *apoyo social*, donde dieron cuenta de que los trabajos con altas demandas, bajo control y bajo apoyo social en el trabajo conllevan mayor riesgo de enfermedad. Por tanto, el apoyo social juega un papel fundamental en la satisfacción en el trabajo, en el bienestar laboral y en la salud ocupacional. Siendo la mejor puntuada la escala social en el qCT, se infiere el peso dado a los recursos sociales para valorar moderadamente positivas las condiciones de trabajo en general. Además, el ambiente social percibido, que se construye sobre las relaciones sociales que se

dan en el contexto organizacional, es el segundo aspecto que se destaca como *mejorando* en la evolución percibida de las condiciones de trabajo. Sin embargo, este proceso se ve amenazado por la sobrecarga laboral y la consiguiente presión del tiempo, que hacen disminuir las oportunidades de relaciones sociales, tanto aquellas orientadas al trabajo, como las orientadas al descanso.

La presión del tiempo dificulta el acceso a los recursos sociales (ambiente social y relaciones de amistad positivas) en la organización (Crespo, 2102), lo que conlleva el debilitamiento de las relaciones entre colegas, tanto en el aspecto del trabajo, como en el puramente relacional. La dificultad de acceso a los recursos sociales, junto con la intensificación del trabajo, conforman un cóctel peligroso y un factor de riesgo psicosocial. Siendo los recursos sociales fundamentales para amortiguar las condiciones de trabajo negativas (efecto *buffering* ante la sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, presión asistencial y condiciones de regulación negativas), cuando estos se debilitan, los profesionales de la medicina quedan con menores protecciones ante los efectos perjudiciales de las condiciones de trabajo negativas; y por tanto, expuestos a mayores riesgos de padecer el *síndrome de quemarse en el trabajo* (Gil-Monte, 2005, Gil-Monte y Moreno, 2007). Este aumento del riesgo ante la desprotección por la dificultad de acceso a los recursos sociales, conlleva más estrés ante la sobrecarga de trabajo, al desaparecer parcialmente por la escasez de tiempo, el efecto moderador de los recursos sociales, ante las altas demandas laborales.

Asimismo, la valoración moderadamente positiva de los profesionales de la medicina respecto de sus condiciones de trabajo responde también a la ligeramente **alta puntuación en la escala de adaptación persona-organización**; lo que significa que los profesionales de la medicina, se adaptan bastante bien a la política del centro y a los valores y cambios de la organización. French, Caplan y Van Harrison (1982) desde la teoría de adaptación persona-entorno, destacan la importancia que tiene la falta de adecuación a la organización, ya que puede tener como resultado el estrés y la pérdida de bienestar. En los resultados obtenidos, se observa que esta buena adaptación persona-organización puede favorecer una mejor respuesta ante el estrés laboral propio de la sobrecarga de trabajo y mitigar en gran medida los efectos perniciosos de la sobrecarga laboral.

Los países latinoamericanos puntúan mejor las condiciones de trabajo en lo referente a **desarrollo** que el grupo español. Valoran más alto en su contexto laboral los aspectos de autonomía, justicia laboral, posibilidad de carrera, relaciones y apoyo de la dirección, etc. También valoran más positivamente que el grupo español, su adaptación a la política del centro, la asunción de los

valores de la dirección, la identificación con los cambios, etc. (ajuste organización – persona), al igual que la organización les satisface sus intereses, encaja con sus expectativas, concuerda con sus valores, etc. (ajuste persona – organización).

En definitiva, la valoración de las condiciones de trabajo es más alta en los Países latinoamericanos que en España. Sin embargo, aunque ambos grupos arrojan puntuaciones relativamente positivas de las condiciones de trabajo, en términos de Michalos (1995), el nivel de satisfacción por estas condiciones está por debajo de las expectativas implícitas: Una media de 7 en una escala de 0 a 10 indica una botella de satisfacción bastante llena; pero indica también una distancia de 3 puntos con respecto al 10 de una botella totalmente llena.



Por último, **el mantenimiento de los criterios de calidad asistencial** y de **autoformación**, son elementos de gran importancia en la valoración de las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina. El primero funciona como un valor ético profesional, compartido por la organización y los profesionales de la medicina; que refuerza un determinado estilo profesional de hacer medicina, legitimado por un marco organizacional (normativo y ético) acorde al desarrollo del valor de la calidad asistencial. Existe por tanto, concordancia ente el valor individual del profesional de la medicina y el valor organizacional, respecto de la calidad asistencial, lo que permite la congruencia axiológica y la realización personal mediante los fines colectivos de la

organización (Valbuena, Morillo y Salas, 2006). Este resultado cualitativo es congruente con el encontrado en el qCT en adaptación persona –organización, donde se refleja la afinidad en relación a la política del centro y a los valores de la dirección, y donde se puede inferir que los criterios de calidad asistencial son compartidos y asumidos por profesionales y organización.

La **autoformación** responde a las necesidades de desarrollo de las competencias profesionales y a la satisfacción de los intereses y aspiraciones de los profesionales de la medicina. Este resultado cualitativo es congruente con la puntuación moderadamente positiva la escala ajuste organización –persona del qCT.

En lo referente a la valoración de las **condiciones de trabajo según** variables censales, atendiendo a la del **sexo**, se observa que los hombres valoran más alto que las mujeres los aspectos de *ajuste organización– persona*, en el sentido de que la organización responde más satisfactoriamente a sus expectativas, necesidades y deseos laborales. En general, ambos sexos valoran positivamente su satisfacción y las expectativas que les aporta su organización. Un factor explicativo de que esta puntuación sea menor en la mujer radica en que la mujer encuentra mayores dificultades a la hora conciliar la vida laboral y la familiar. En este aspecto, las organizaciones sanitarias, debido a la propia naturaleza del trabajo (turnicidad, horarios intensivos y extensivos, trabajo nocturno, etc.), dificultan más estas políticas de conciliación que, en general, valora más el género femenino. En todo caso, es un aspecto a estudiar en el futuro con mayor profundidad.

Respecto a las **condiciones de trabajo por responsabilidades directivas**, los resultados indican que ostentar responsabilidades directivas conlleva una mejor valoración de las condiciones de trabajo. Así lo indica el puntaje general en los factores de organización y método y en la escala de ajuste de la organización a la persona. En general, los directivos, por la posición que ocupan en la organización, tienen mayor acceso a los recursos y mayor autonomía y control sobre los satisfactores y facilitadores de la vida laboral y la carrera. Esto es congruente con lo que apunta Warr (1987) respecto de la oportunidad de control (margen de decisión) que permite la función directiva. Otra explicación de este aspecto podría ser la que apunta Blanch (1982) sobre Lieberman (1956), que pone al descubierto la estrecha correspondencia entre el desempeño de rol, grupo de referencia y actitudes sociales (p. 211). En el texto, el autor americano da cuenta de que las actitudes de un viejo líder sindical hacia la organización donde trabaja cambian en el momento en que lo convierten en jefe de personal. En este proceso de transición del rol de sindicalista al de supervisor, cambia el grupo de referencia del protagonista quien, casi sin darse cuenta, cambia sus

percepciones y valoraciones de la "realidad", pasando a pensar y a funcionar como miembro del staff y no de la línea. En esta misma línea, años antes, Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel (1933) dan cuenta del cambio de valores, ideología y comportamientos políticos de los trabajadores de la fábrica de *Marienthal* que, al convertirse en parados crónicos, abandonan las ideas comunistas y socialistas que tenían como empleados en una fábrica y pasan posteriormente (como parados) a votar al partido nazi, que les ofrece "trabajo".

De los resultados encontrados se extrae que las personas con responsabilidades directivas disponen de mayor autonomía sobre ambos elementos, ya que es su razón de ser, inherente a la función directiva. Por ello, es natural que este grupo perciba mejor los aspectos de *organización y método*, en comparación con los que no disponen de responsabilidades directivas, ya que estos están sujetos a la dirección y por ende, disponen de menor autonomía en relación a la organización y el método de trabajo.

En cuanto a los resultados del qBLG, se encuentra, por un lado, un nivel de **bienestar laboral general** medio que, sin embargo, tiene un amplio margen de mejora. Destaca en el factor bienestar psicosocial, la puntuación más alta en *competencias* (personales y profesionales); lo que indica que el sentimiento actual de los profesionales de la medicina en su trabajo tiende hacia la racionalidad, competencia, optimismo, éxito, capacidad, eficacia, utilidad, etc. Aspecto este que se refuerza con la descripción de la experiencia laboral, donde optimismo y experticia, son dos de los descriptores positivos que se destacan. Respecto al segundo factor más valorado, las expectativas, indican que los profesionales de la medicina tienden a valorar que está subiendo su motivación por el trabajo, su calidad de vida laboral, su satisfacción en el trabajo y su eficacia profesional.

Por su parte, el factor afectos, levemente supera el punto medio, indicando una moderada subida en el diferencial semántico hacia la satisfacción, la seguridad, la tranquilidad, el bienestar, la esperanza, etc. En definitiva, los profesionales de la medicina construyen el bienestar laboral con emociones tendentes a lo positivo, lo que denota que a pesar de no ser estas excelentes, disponen de una satisfacción laboral ligeramente positiva.

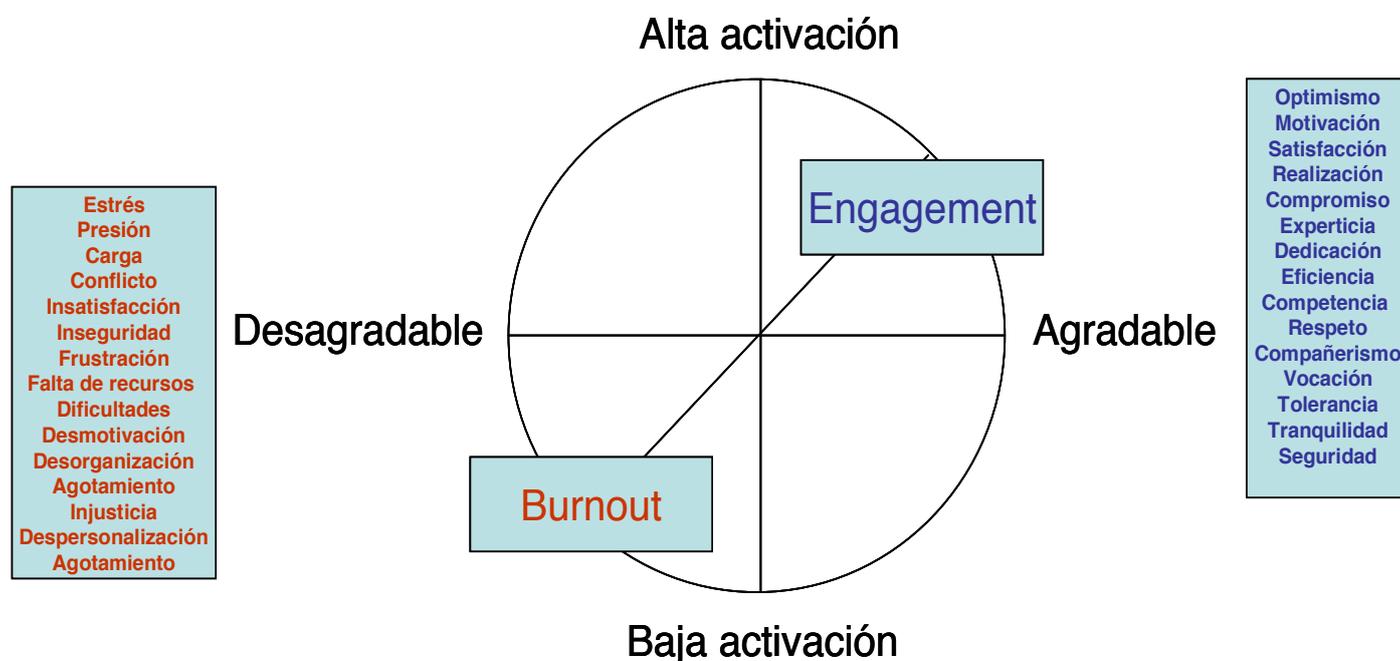
Inspirados en la adaptación de Bakker, Rodríguez y Derks (2012) del modelo del circunflejo de emociones de Russell y Carroll, (1999), en el que ubican el continuo *burnout - engagement* (ver figura 12), se puede observar que los descriptores de la experiencia laboral de índole positiva, se ubican en su mayoría en el cuadrante agradable y de alta activación; es decir, en el polo del *engagement*, mientras que las palabras negativas de *carga* y *agotamiento*, en el

cuadrante de baja activación y desagradable (burnout) y el *estrés* en alta activación desagradable. La cara positiva y negativa tanto de las condiciones de trabajo, como sus efectos positivos y negativos, conviven juntas en el contexto laboral sanitario.

El bienestar es un indicador de buena salud psicológica (Lloret y Tomás, 1994) y aunque el mismo es experimentado a nivel individual, éste no puede ser comprendido sin tener en cuenta el ambiente social donde se construye (Rodríguez y Cifré, 2012). Por tanto, en los profesionales de la medicina, se podría esperar unos niveles de salud positiva ligeramente al alza. Sin embargo, se detectan factores de salud que indican que el riesgo ya está incidiendo negativamente, como se verá en la cara negativa de la sanidad.

En cuanto al *bienestar laboral general* por países, ambos grupos obtienen niveles de bienestar moderadamente elevados. Y dentro de esta tendencia compartida, el grupo latinoamericano reporta mejor puntaje que el español en el total general del factor de *bienestar psicosocial* y en la escala de *expectativas*. Los latinoamericanos aparecen más satisfechos con su trabajo, tienen mejores expectativas y se sienten por lo general más adaptados a su centro de trabajo.

Figura 12. Modelo circunflejo de emociones de Russell y Carroll, (1999) adaptado por Bakker, Rodríguez y Derks (2012).



5.1.2 La cara negativa

En cuanto a los elementos peor percibidos de las condiciones de regulación del trabajo, destacan la **sobrecarga laboral** y la **escasez/presión del tiempo** para atender las tareas del trabajo diario. Quizá el mayor problema de esta situación es la constante sobrecarga y presión del tiempo, lo que cronifica la intensificación del trabajo, lo convierte en algo percibido como *natural* y en un factor de riesgo psicosocial. Khan y Byosiére (1990) indicaron que la carga de trabajo dependía de la calidad y cantidad de tarea y del tiempo disponible para realizarla. La alta y constante demanda supone un sobreesfuerzo que conlleva estrés, debido a que los recursos para afrontar determinadas situaciones de sobrecarga y presión no son suficientes. El trabajo a contrarreloj y la sobrecarga en el trabajo conllevan niveles altos de estrés y enfermedades relacionadas con él (Jones, Hodgson, Clegg y Elliot, 1998). Crespo (2012) encuentra en su trabajo sobre el recurso tiempo para el bienestar laboral en la organización sanitaria

saludable, que los profesionales de la medicina se encuentran insatisfechos con su rol cuando la presión del tiempo es muy elevada para atender con el tiempo necesario al usuario. Siendo la labor médica un servicio con valores humanistas, donde el vínculo entre usuario y profesional es importante por el propio objeto de la profesión y de gran importancia para el usuario por su salud, la dificultad de generar ese vínculo conlleva una pérdida de calidad del acto médico, y una sensación de deshumanización del objeto de la profesión médica. Este asunto también es un factor de riesgo, por que ataca directamente a los valores y la deontología médica, conllevando a la anteriormente anunciada insatisfacción de rol y percepción de baja autoeficacia y siendo, en muchos casos un antecedente para el síndrome de quemarse en el trabajo (Gil Monte y Moreno, 2007; Ochoa, 2012).

El profesional de la medicina siente que su sobreesfuerzo no es recompensado ni reconocido en la mayoría de las veces (aspectos de regulación como la retribución, horarios, organización del trabajo, etc., y poco apoyo percibido de la dirección). Siegrist (1996), con su modelo de *desequilibrio de esfuerzo-recompensa*, indica que estas situaciones rompen la reciprocidad esperada, dando lugar a *sentimientos de injusticia*, tal y como se encuentran en la descripción de la experiencia laboral de los profesionales de la medicina (véase punto 4.3, tabla 16). Esta ruptura de la reciprocidad esperada, puede aumentar el riesgo de problemas emocionales, sobreactivación fisiológica, y conductas no saludables; y por consiguiente, un aumento del riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, burnout, etc.

Furnham (1991, 2001) identifica como factores etiológicos del estrés, entre otros, la excesiva carga de trabajo, la falta de apoyo social y los cambios organizacionales. La sobrecarga es el factor más sobresaliente en las condiciones de trabajo de los profesionales de la medicina y por tanto, es el principal factor de riesgo psicosocial en su trabajo. El apoyo social, un factor del ambiente social que modera las condiciones laborales negativas, empieza a estar seriamente amenazado por la escasez de tiempo, que como consecuencia de una excesiva y crónica sobrecarga laboral, impide la interacción social con colegas más allá de la tarea. El profesional de la medicina tiene dificultades para acceder a los recursos sociales (apoyo social), por la escasez de tiempo. No dispone de tiempo nada más que para responder al aluvión de trabajo derivado de la presión asistencial y la masificación de la sanidad. Levi (1984) destacó que situaciones de sobrecarga, falta de control sobre el trabajo y de apoyo social, acarrean un potencial riesgo para la salud. Cox, Griffiths y Rial-González (2005) identifican en referencia al contenido de trabajo, la carga/ritmo de trabajo como uno de los principales estresores de las características del mismo, igual que la escasa relación con superiores y la falta de apoyo social en el contexto laboral. Los

resultados arrojan una excesiva carga del ritmo de trabajo, así como de los indicadores de acceso que empiezan a perjudicar en cantidad y calidad las relaciones personales en la organización. Este hecho supone eliminar el amortiguador natural del apoyo social ante el estrés, lo que representa un serio riesgo psicosocial (Cohen y Wills, 1985).

Los resultados encontrados sobre la *organización y entorno social* en el qCT desvelan que son los aspectos de las condiciones de trabajo mejor puntuados; sin embargo, los encontrados en los resultados cualitativos demuestran la creciente preocupación por esos recursos sociales. El apoyo social bajo en este caso, vendría motivado por la escasez de tiempo para la interacción personal, y está asociado a una ansiedad elevada, agotamiento emocional, tensión e insatisfacción laboral y a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular (Warr, 1992).

También a nivel cualitativo, se detecta que esta reducción de las relaciones sociales por la escasez del tiempo, tiene sus efectos negativos en el clima de trabajo, reduciendo la calidad del ambiente social y por tanto perjudicando de nuevo la calidad de los recursos sociales. Que los recursos sociales sean tan satisfactoriamente valorados, demuestran la importancia que los profesionales de la medicina otorgan a los mismos, ya que estos permiten el desahogo y el afrontamiento de las condiciones negativas de trabajo de una manera más satisfactoria.

Por otra parte, los cambios organizacionales, exigen al profesional un constante esfuerzo de adaptación a las nuevas circunstancias, y este es un aspecto constante en el sector sanitario, donde en los últimos tiempos el *new management* introduce elementos conflictivos entre los valores puramente de servicios humanos y los puramente empresariales. Los constantes esfuerzos de adaptación pueden conllevar altos niveles de estrés y una exigencia elevada en el empleo de los recursos personales de afrontamiento, donde si este se cronifica puede dar lugar al desgaste profesional, el agotamiento y los problemas de salud (Gil-Monte, 2005). El cambiante mundo del trabajo tiene un alto y profundo impacto en la dinámica de las organizaciones y puede llevar asociado riesgos potenciales que incidan sobre la salud y el bienestar (Cox et al., 2005).

En general, el factor de **organización y método (regulación y desarrollo)** del qCT es la que recibe puntuaciones mas bajas, siendo estas por debajo de 6. Los resultados cualitativos son congruentes con esta baja puntuación. Además de la sobrecarga de trabajo y la escasez de tiempo, como variables más sobresalientes, también está presente la organización general del trabajo, asociada a una percepción de estructura sanitaria rígida y pesada. La

calidad del contrato de trabajo y la retribución económica, son otros elementos propios de la cara negativa de la sanidad. Los participantes en este trabajo con contrato inestable, representan más del 29% de los profesionales de la medicina. Blanch y Cantera (2009) encontraron que las personas con empleo temporal involuntario reportaban inferiores medias en la escala de bienestar laboral, incluso por debajo de los desempleados, y que el impacto psicológico por el empleo temporal involuntario se acercaba más a situaciones de desempleo, que a las propias del trabajo.

En lo que respecta a la escala de desarrollo, la baja participación en la toma de decisiones y las relaciones con la dirección son las variables más sobresalientes, tal y como lo corroboran los resultados cualitativos y cuantitativos. Respecto a la baja participación en la toma de decisiones, diferentes estudios han demostrado que la falta de participación está relacionada con el estrés, con problemas de salud física (Margolis y Kroes, 1974) y con la insatisfacción laboral (French et al., 1982).

En cuanto a las relaciones con la dirección, se observan los dos extremos: la positiva, si el directivo tiene un nivel de comunicación adecuado, reconoce el esfuerzo de su colaborador y se muestra cercano a la resolución de problemas; y la negativa, cuando se da lo contrario y priman los resultados y la dirección se mantiene focalizada en el “rendimiento económico”, alejándose de la eficiencia social y del fin del acto médico. El profesional de la medicina relaciona muy acentuadamente la importancia que tiene la calidad de las relaciones con la dirección sobre el ambiente social de trabajo. Lobban, Husted y Farewell (1998) destacan la importancia de los estilos de supervisión en el proceso de estrés, además de las otras características del trabajo (sobrecarga, autonomía, etc.).



En cuanto a los **efectos colaterales** encontrados en el qBLG, destaca el *desgaste* como factor más importante. Los profesionales de la medicina tienden a sentir por causa de su trabajo, sobrecarga laboral, desgaste emocional, agotamiento físico y saturación mental. En todo caso es de destacar la puntuación en la escala de *desgaste*, sitúa este aspecto como un importante riesgo psicosocial en la práctica profesional de la medicina. Este resultado es congruente con lo encontrado en el qCT y en los resultados cualitativos, donde los aspectos de regulación del trabajo, sobrecarga laboral y presión del tiempo, son los elementos de las condiciones de trabajo con puntajes más altos; y también con los descriptores negativos que se destacan de la experiencia laboral, donde, carga, estrés y agotamiento, resaltan junto con la valoración de la injusticia.

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la variable demográfica *sexo*, en la escala de *somatización*, correspondiente al factor *efectos colaterales*. Las mujeres informan de más efectos de naturaleza somática (trastornos digestivos, dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda y tensiones musculares) que los hombres. La mujer por lo general, informa de más efectos colaterales que el hombre a causa del trabajo en la escala de somatización; aunque en ambos sexos el puntaje está por debajo del punto medio de la escala. Resultados en la misma línea encuentran Cifré, Salanova y Franco (2011), donde exponen que las mujeres informan más sobre los efectos de las condiciones de trabajo y que junto con otros estresores asociados al rol

femenino, tienen más probabilidad de padecer trastornos cardiovasculares. A ese respecto, cabe tener en cuenta también la concurrencia del factor *género* como variable cultural: el reconocimiento y la comunicación de problemas de salud y de enfermedad resulta culturalmente más fácil desde la asunción del rol de género femenino que desde la del masculino (Echebarría y Páez, 1989; Páez, Fernández y Mayordomo, 2000). Por lo general, el género femenino somatiza más el estrés y refiere más síntomas físicos y de dolor, mientras que el hombre expresa menos estas somatizaciones y canaliza más su estrés en forma de enojo o agresividad (Moral, Valdez, González, Alvarado y Gaona, 2010). Este resultado indica que estos factores culturales pueden estar influenciando en el dato de una mayor puntuación en estos indicadores por parte de las mujeres más que los hombres.

5.1.3 La situación en España y América Latina

Si bien América Latina y España están inmersas en las dinámicas globalizadoras neoliberales que afectan la dinámica del mundo de la sanidad, las diferencias en puntuaciones entre ambos entornos (dentro de unas tendencias compartidas) deben ser explicadas por las circunstancias específicas de cada entorno. El que se noten y valoren más negativamente las condiciones de trabajo en el grupo español que en el latinoamericano puede ser interpretado por el hecho de que en España la tendencia percibida va *de más a menos*, mientras que en algunos países latinoamericanos parece ser la contraria. Las diferencias observadas pueden tener que ver con factores objetivos, pero también con la vivencia subjetiva de la tendencia histórica percibida. La crisis por el empeoramiento de las condiciones de regulación de trabajo (sobrecarga, presión asistencial y del tiempo, etc.), supone mayor impacto en el grupo español que en el latinoamericano, donde se valoran también mejor los aspectos de desarrollo (organización y método). El grupo latinoamericano valora significativamente más alto las condiciones para el *desarrollo* que les aporta su organización, dejando también patentes estos resultados en las escalas de *ajuste organización–persona* y de *adaptación persona –organización*. En definitiva, el grupo latinoamericano se encuentra más satisfecho con las condiciones de trabajo que el español, y por consiguiente también satisfecho con la tendencia percibida de los cambios que acontecen en el mundo sanitario. En el caso español, se puede interpretar que los pasos hacia atrás que está imponiendo la severidad de la crisis de los inicios de los 10 están marcándola valoración actual de las condiciones de trabajo. De hecho, se puede intuir que en la actualidad la reducción de personal (que explica en parte la sobrecarga de trabajo y que aumenta la presión asistencial), esté agravando los efectos colaterales percibidos en la salud, en el

bienestar y en el clima laboral. Ballester y Gómez (2012), encuentran en un estudio con profesionales sanitarios de unidades de cuidados intensivos, que los factores que más estrés generan son la sobrecarga de trabajo y la escasez de personal para atender las necesidades del servicio, además de las características específicas del trabajo, como la presión temporal y la falta de regulación de los descansos.



5.1.4. Organización sanitaria No saludable

Los resultados cualitativos y cuantitativos encontrados, siguiendo el modelo heurístico de organización saludable de Salanova (2008), indican que la organización sanitaria está padeciendo los efectos de la crisis actual. Las perspectivas de evolución negativa alertan del peligro y de resultados organizacionales negativos (véase figura 13), aunque el capital psicológico de los empleados y parte de las prácticas organizacionales, amortiguan el contexto de alta presión asistencial.

Las prácticas organizacionales saludables se sustentan en la fortaleza de los recursos sociales (apoyo social y ambiente social positivo) y estructurales, aunque los primeros empiezan a estar amenazados por la presión del tiempo, que

dificulta seriamente las relaciones personales. Los recursos materiales y técnicos son objeto de recortes presupuestarios, y aunque son el factor positivo que más ha mejorado en los últimos tiempos, estos están en un segundo plano de importancia en relación a los recursos sociales. El apoyo social y el ambiente social positivo (principales recursos sociales) son los factores que amortiguan los efectos nocivos de las condiciones de regulación del trabajo que, debido a la presión del tiempo, a la consiguiente escasez del mismo y a la intensificación del trabajo, están bajo peligro.

Por la parte de los empleados saludables (capital psicológico positivo), se encuentra un bienestar moderado, así como un buen resultado en expectativas y ajuste de organización de persona. Los profesionales de la medicina están medianamente satisfechos, tienen tendencia al optimismo y por lo general disfrutan con su trabajo. Sin embargo, el desgaste emocional provocado en las relaciones con los usuarios, la pesada carga de trabajo y sus derivados amenazan estos factores individuales positivos.

En cuanto a la percepción de resultados organizacionales no saludables, se invoca el descontento de algunos usuarios y razones de orden económico y sociopolítico, como aparece en la figura 13.

Figura 13.- Organización NO saludable en la sanidad actual. Basado en el modelo heurístico de organización saludable de Salanova (2008).



5.2 Comparación de los resultados obtenidos con los esperados

La pregunta principal sobre cómo influyen las nuevas condiciones de trabajo impuestas por el *new management* sanitario en el bienestar laboral de profesionales de la medicina, se puede responder que efectivamente influyen de varias maneras y a varios niveles interrelacionados e interdependientes (NIOSH, 1988):

a) **Nivel organizacional.-** La organización asume en mayor o menor grado los valores mercantilistas que están detrás del *new management*, creándose puntos de conflicto en el quehacer médico. Los viejos valores humanistas propios de la medicina, quedan en parte relegados al nivel individual y en parte subordinados a la axiología de la eficiencia y la eficacia. En mayor o menor medida, las tensiones entre los valores clásicos de servicio público y los nuevos valores propios del *new management* pueden repercutir en distintos aspectos del trabajo y de la experiencia subjetiva que los profesionales tienen del

cambio a una nueva cultura organizacional (nuevas prácticas y discursos) que condiciona la experiencia laboral y por consiguiente, construye una distinta subjetividad laboral (Halford y Leonard ,2006).

Por otra parte, la organización está en una búsqueda constante de la eficiencia, dando lugar a continuos cambios en su gestión y organización del trabajo. De ahí que los aspectos de regulación del trabajo sean percibidos como uno de los elementos que más empeoran en los últimos tiempos por los profesionales de la medicina. El constante cambio acarrea repercusiones positivas y negativas tanto a nivel grupal como individual.

b) **Nivel grupal.**- Los conceptos de grupo de trabajo y de trabajo en equipo se constituyen como elementos de organización del trabajo básicos y como recursos de afrontamiento eficaz para responder a la alta demanda de servicios y como fuente potencial de apoyo social. Este nivel se ve fortalecido en el contexto de altas demandas, observándose el aumento de la cohesión de equipo y favoreciendo la eficacia de los equipos ante la tarea. Sin embargo, cuando la demanda se convierte en excesiva, se observa la desmembración del equipo y la individualización ante la tarea. Se rompe el trabajo en equipo en favor de una respuesta individual (“sálvese quien pueda”), donde lo que prima es afrontar de la manera más airosa posible la alta demanda de trabajo. No hay tiempo para la colaboración ni para la ayuda a colegas de trabajo, sino sólo para sacar el trabajo personal adelante. Cuando se dan las circunstancias primeras donde hay recursos suficientes para afrontar unas altas demandas de trabajo, los recursos sociales se fortalecen. Mejora el ambiente social de trabajo, el apoyo social percibido e incluso los resultados organizacionales. A nivel personal, los profesionales de la medicina se sienten más satisfechos, mejora la satisfacción laboral y el bienestar laboral general. También la salud ocupacional mejora, ya que los recursos sociales funcionan perfectamente como amortiguadores ante el estrés. Sin embargo, todo lo contrario ocurre cuando la demanda se dispara hasta lo inasumible. Los recursos sociales parecen desaparecer, por lo que no realizan su función amortiguadora, y el estrés que deviene de la sobrecarga de trabajo, incide nocivamente en la salud ocupacional, la insatisfacción y el malestar laboral.

c) **Nivel individual.**- La experiencia de trabajo en hospitales reorganizados empresarialmente da lugar a ciertas formas de pensar, sentir y actuar con respecto a uno mismo, a las demás personas y a la organización. Esta subjetividad laboral, está ligada por tanto, a la auto evaluación del propio bienestar, unida a la valoración de aspectos como condiciones de trabajo, ambiente social, relación con supervisión, funcionamiento de la organización, cambios organizacionales producidos y su efectividad principalmente (Crespo,

2009). La subjetividad laboral individual es el resultado de las circunstancias contextuales del trabajo y de los recursos personales. Si el apoyo social percibido es positivo y el ambiente social también es propicio, normalmente el resultado es la satisfacción laboral, el bienestar y la salud ocupacional. Pero también influyen otras variables, como la valoración de las condiciones de trabajo (organización con entorno, método y persona), y el mix de demandas y recursos que dispone el profesional para ejercer con la calidad deseada. También el capital psicológico positivo, es decir, las fortalezas personales y capacidades psicológicas como la autoeficacia, la esperanza, el optimismo y la resiliencia, tienen un papel fundamental en el bienestar psicosocial facilitando la adaptación a la adversidad, mejorando la confianza y facilitando el desarrollo de habilidades (Salanova, 2008).

5.2.1 Factores de riesgo e indicadores saludables

Los cambios en las condiciones de trabajo médico repercuten en la experiencia de bienestar/malestar de los profesionales de la medicina y pueden tener repercusiones positivas (en forma de motivación, *engagement*, crecimiento profesional, satisfacción laboral, etc.) y/o negativas (mala salud ocupacional, efectos colaterales psicofisiológicos, estrés, burnout, insatisfacción laboral, etc.). Son los factores psicosociales, los positivos o saludables y los negativos o de riesgo psicosocial, los que inciden y repercuten en el bienestar o malestar laboral de los profesionales de la medicina latinoamericanos y españoles en la organización sanitaria actual. El actual contexto de condensa y reflejan **los principales factores de riesgo psicosocial**. Siguiendo a Blanch, se destacan aquellas que más han aparecido en el contexto laboral de los profesionales de la medicina (Figura 14).

Por otra parte, los **factores o indicadores de salud ocupacional**, están intrínsecamente unidos al **entorno psicosocial del trabajo**. Este entorno, incluye la organización del trabajo y la cultura organizacional; las actitudes, valores, creencias y prácticas cotidianas en la organización, y que afectan el bienestar físico y mental de los empleados. También, **las prácticas organizacionales** que generan **recursos personales** de salud en el trabajo, un ambiente promotor de la salud, servicios de salud, información, recursos, oportunidades y flexibilidad, que la organización proporciona a los trabajadores para fomentar la mejora continua, mantener estilos de vida saludables, así como para la promoción de la salud física y mental, son factores que propician la salud ocupacional en el trabajo (OMS, 2010).

Figura 14.- Fuentes de riesgos psicosociales en el trabajo de Blanch (2011).

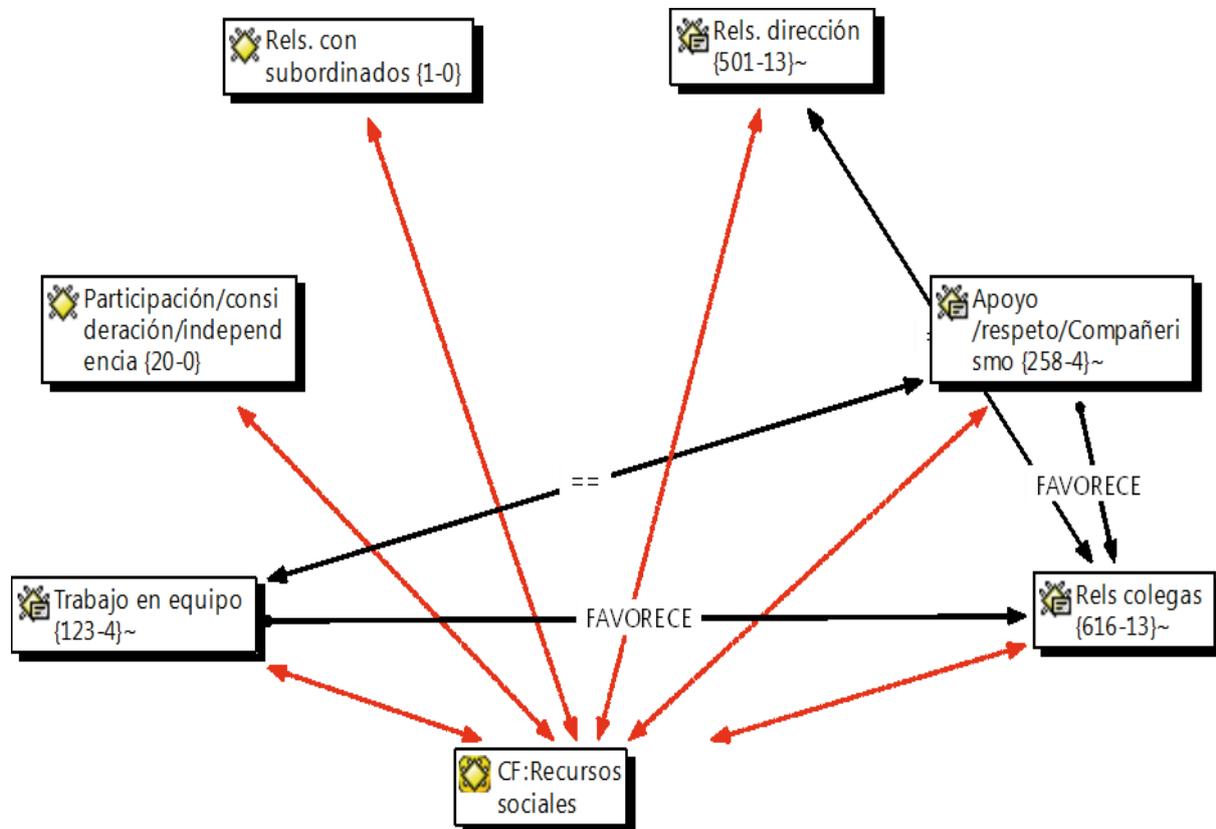
FUENTES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO	
Ciertas modalidades de contrato laboral, entre las que destaca el "temporal", fuente de <i>inseguridad</i> en el empleo	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>Gestión por estrés</i> que conduce a la <i>intensificación</i> objetiva del trabajo (actividad laboral desarrollada bajo los signos de la presión, la rapidez, la prisa, la urgencia y la impresión de "situación límite" y "riesgo de colapso")	<input checked="" type="checkbox"/>
Sobrecarga de trabajo (<i>work overload</i>), experiencia de <i>saturación</i> y <i>exceso</i> de tarea, acompañada de la percepción de <i>falta de tiempo</i> para acabarla o para ejecutarla adecuadamente y la conciencia de "mala praxis profesional")	<input checked="" type="checkbox"/>
Desequilibrio entre el volumen y la complejidad de la demanda por una parte y los recursos disponibles para satisfacerla con eficacia por otra	<input checked="" type="checkbox"/>
Altas exigencias emocionales y/o cognitivas	<input checked="" type="checkbox"/>
Elevados niveles de conflictividad y/o de competitividad en el grupo de trabajo	
Prescripciones contradictorias (conflicto de rol)	
Monotonía o extrema variedad de la tarea	
Déficit o exceso de responsabilidad	
Déficit (u ocasionalmente, exceso) de control del proceso de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>
Bajo grado de apoyo social horizontal y/o vertical	
Desequilibrio esfuerzo – recompensa	<input checked="" type="checkbox"/>
Sentimiento de injusticia en evaluación, retribución, promoción y gestión en general	<input checked="" type="checkbox"/>
Restricciones de la participación en decisiones organizacionales	<input checked="" type="checkbox"/>
Pobreza de oportunidades de formación y de desarrollo de habilidades	<input checked="" type="checkbox"/>
Falta de ocasiones para interacciones sociales no centradas en la tarea	<input checked="" type="checkbox"/>
Experiencias de violencia, en forma de acoso sexual o moral (<i>mobbing</i>) o de <i>violencia ocupacional</i> (<i>workplace violence</i>)	
Discriminación en el entorno laboral	
Dificultades de conciliación trabajo - vida – familia	<input checked="" type="checkbox"/>

La OMS define el *Entorno de Trabajo Saludable* como “*aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores:*

- *La salud y la seguridad concernientes al espacio físico de trabajo.*
- *La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo.*
- *Los recursos de salud personales en el espacio de trabajo y*
- *las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad.*
(2010, 93)

Los principales indicadores saludables que reportan los profesionales de la medicina son los que tienen que ver con los **recursos sociales** (ver figura 15), tal y como los datos cualitativos y cuantitativos dejan patente. Estos son apoyo social, equipos de trabajo cohesionados, ambiente social positivo, compañerismo, trabajo en equipo eficaz, participación y relaciones sociales con colegas de trabajo satisfactorias. La percepción de recursos sociales altos, es congruente con lo encontrado por Bakker et al. (2005) según los cuales los recursos sociales amortiguan el impacto de las demandas en el burnout (desgaste, agotamiento, etc.); por lo que las puntuaciones en condiciones de trabajo y bienestar laboral moderadamente positivas, puede ser que estén moderadas por los recursos sociales y por el **capital psicológico** medio del profesional de la medicina, que por lo general, tiende al optimismo, a la constancia y a la resiliencia (puntuación moderadamente alta en afectos, competencias y expectativas). Los recursos sociales y el capital psicológico conforman un ambiente social propicio a espirales virtuosas, que sin embargo se ve amenazado por los factores de riesgo psicosocial de la figura 14.

Figura 15.- Recursos sociales de los profesionales de la medicina.



Otro de los factores de salud ocupacional son **las prácticas organizacionales**, de las cuales destacan la formación y desarrollo, organización de sesiones clínicas, la investigación médica y el liderazgo positivo de las jefaturas. Sin embargo, los profesionales de la medicina sobrecargados y por tanto con escasez de tiempo, no pueden muchas veces acceder a estos recursos organizacionales, lo que implica la doble cara de la disponibilidad de recursos y las repercusiones negativas de su desaprovechamiento (Crespo, 2012).

5.2.2 De las hipótesis a los resultados

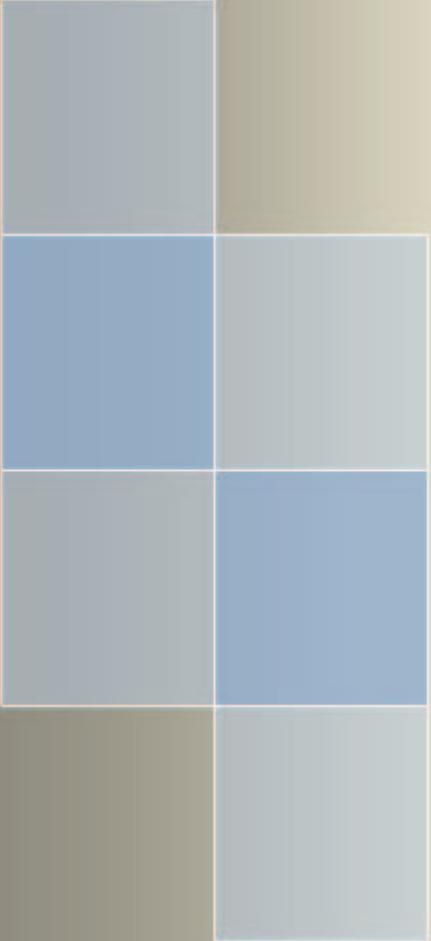
Los resultados obtenidos y expuestos confirman la hipótesis general de la tesis, concerniente al doble signo de las repercusiones de las nuevas condiciones del trabajo médico en la experiencia laboral de los profesionales de la medicina: Por el lado positivo, los participantes mostraron un gado notable de bienestar subjetivo, de satisfacción laboral y de *engagement* o vinculación y compromiso con la organización y con la profesión. Por el negativo, aparecieron indicios preocupantes de mala salud ocupacional, efectos colaterales psicofisiológicos, distrés, burnout e insatisfacción laboral, asociados especialmente a la presión asistencial y a la consiguiente sobrecarga de trabajo y al déficit de tiempo para realizarla.

Asimismo, los resultados del análisis de contenido temático y la prueba de significación R y D de Cohen sobre la escala de regulación del qCT confirman que, una de las consecuencias de la intensificación del trabajo (sobrecarga) es la presión del tiempo, que reduce las relaciones sociales, en cantidad y calidad, tanto con colegas como usuarios/pacientes.

Por otra parte, los resultados del análisis de frecuencias, la prueba de correlación de entorno material con bienestar psicosocial y la prueba de regresión de bienestar psicosocial sobre organización y entorno material confirman la hipótesis de que, a mayor valoración del entorno material del trabajo (recursos estructurales), mayor bienestar psicosocial percibido y por ende, menores efectos colaterales.

Los resultados de la prueba de regresión de bienestar psicosocial y efectos colaterales sobre adaptación persona organización, confirman parcialmente la hipótesis de que *los profesionales de la medicina que mejor se adaptan a la organización (alta puntuación en la escala de adaptación persona-organización) percibirán menos efectos colaterales en la salud y puntuarán mejor en bienestar laboral general*. Se corroboró la relación entre adaptación persona-organización y bienestar psicosocial, pero solamente se aportan indicios en lo que concierne a los efectos colaterales.

Las pruebas estadísticas realizadas ponen de manifiesto igualmente que los profesionales de la medicina que puntuaron más alto en afectos, competencias y expectativas, percibieron también un ambiente social más positivo en su entorno de trabajo. Asimismo, se corroboró que aquellos profesionales con alta somatización, desgaste y alineación percibieron un ambiente social más negativo.



CONCLUSIONES



Los cambios en el mundo del trabajo fruto de mega tendencias globalizadoras y postfordistas, han producido profundos procesos de modernización en la sanidad latinoamericana y española, que han supuesto transformaciones en la organización del trabajo y en el sentido del servicio público.

La irrupción de una “forma de hacer” empresarial (*New Management*) en la sanidad, ha conllevado importantes mejoras en la estructura, tecnología, sistemas y servicios sanitarios, pero también cambios en las condiciones de trabajo de los cuales deben evaluarse la serie de consecuencias positivas y negativas en el bienestar laboral de los profesionales de la medicina en un contexto de reorganización flexible implantada bajo el paradigma de una nueva gestión pública de corte neoliberal (Homedes y Ugalde, 2002, 2005a, 2005b; Blanch y Stecher, 2010; Blanch, Crespo y Sahagún, 2012; Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012).

Esta transformación sanitaria global está inmersa en un proceso de cambio social en medicina, que se materializa a) en la metamorfosis del significado del trabajo médico (Ochoa, 2012), b) en la pérdida del prestigio profesional clásico de épocas pasadas, (Novell y Navarro, 2006), c) en la clientización de pacientes y usuarios (Novell et al., 2006), y d) en la tensión constante del espíritu clásico de servicio a las personas con los valores de la eficiencia y la eficacia empresarial (Blanch y Cantera, 2007, 2012).

Las repercusiones de esta transformación, se traducen en el aumento de las demandas sociales a la sanidad, la masificación, la presión asistencial, la intensificación del trabajo y como resultado de ello, el incremento de las demandas organizacionales sobre los profesionales de la medicina. Aumenta la incidencia de la sobrecarga (*workverload*) y del trabajo emocional, así como el aumento de la precariedad laboral en la medicina (Fernández et al., 2003).

Estas circunstancias sumadas a la relevancia sociopolítica de crisis del Estado de Bienestar indujeron al planteamiento de la pregunta principal de esta investigación: ¿Cómo las nuevas condiciones de trabajo impuestas por el *new management* sanitario influyen en el bienestar laboral de los profesionales de la medicina?

Para dar respuesta a esta pregunta, se optó por un posicionamiento holístico en relación a dos paradigmas actualmente vigentes y complementarios: la psicología del trabajo y la psicología ocupacional positiva. Esta opción impulsó el desarrollo de la tesis en una doble dirección: la de desvelar los factores saludables y de riesgo psicosocial de los profesionales de la medicina y

la de evaluar cuán saludables son las actuales configuraciones de la organización y gestión de los servicios de salud contemporáneos.

Del propósito general de evaluar y comprender la influencia de los factores psicosociales en el bienestar laboral de profesionales de la medicina latinoamericanos y españoles surgieron los objetivos específicos de (a) Identificar las principales variables organizacionales, sociodemográficas y culturales que intervienen en el bienestar/malestar laboral de profesionales de la medicina latinoamericanos y españoles en el actual contexto de cambio (b) Establecer relaciones entre factores saludables y de riesgo psicosocial en la organización sanitaria actual latinoamericana y española. (c) Describir la experiencia de la articulación de demandas y recursos en profesionales de la medicina latinoamericanos y españoles en el marco del *new management* sanitario.(d) Comparar las informaciones obtenidas en distintos países destacando similitudes y diferencias entre ellas. (e) Extraer a nivel teórico y práctico, propuestas en materia de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo médico. Y (f) Proponer y promover un modelo de organización sanitaria saludable, basada en los principios de la calidad de vida laboral, el bienestar general y la salud ocupacional positiva.

Para ello, se articuló un diseño mixto que combinó tanto metodología cualitativa como cuantitativa; lo que permitió por una parte evaluar aspectos cuantificables del bienestar laboral del colectivo médico en el marco de sus nuevas condiciones de trabajo, establecer relaciones entre variables, realizar estudios comparativos en función de las distintas y hipótesis y finalidades de la investigación y, por otra, analizar y profundizar en aspectos cualitativos relevantes de la dimensión subjetiva de esta experiencia laboral, encontrando elementos de respuesta a algunas de las preguntas iniciales y también nuevas cuestiones desafiantes para investigaciones futuras.

Los resultados obtenidos permitieron cumplir en buena medida los objetivos propuestos y confirmar buena parte de las hipótesis iniciales, según se puso de manifiesto en el apartado de la discusión de tales resultados. Globalmente, permitieron identificar puntos fuertes del sistema sanitario y también aspectos de las condiciones del trabajo médico que encierran factores de riesgo psicosocial que exigen un urgente análisis y seguimiento desde un observatorio permanente de la calidad de vida laboral en los centros de salud y al tiempo la adopción de medidas preventivas con respecto a los principales factores de riesgo detectados - la alta sobrecarga de trabajo, la presión del tiempo y en el progresivo aumento de la dificultad de acceso a los recursos sociales-; ya que suponen una seria amenaza no solamente para la salud ocupacional del personal médico, sino también para la salud de la misma

organización en la que trabajan, para la del sistema en el que esta organización se inscribe y, en último término, para el servicio que prestan a las personas y a la comunidad.

También se puso de manifiesto una paradoja: la vulnerabilidad de la máxima fortaleza del nuevo orden sanitario. En efecto, el factor social (configurado por el clima positivo que reina en los equipos de trabajo, el apoyo social y en general el buen ambiente de compañerismo en los centros) está amenazado por las restricciones temporales impuestas por la nueva gestión del trabajo en los centros de salud. Un déficit de tiempo disponible, asociado a la sobrecarga de trabajo, dificulta el mantenimiento de las relaciones formales e informales entre colegas, así como la vivencia de una atención bien hecha a los pacientes. Y una planta que no se riega puede acabar marchitándose. Son precisamente estos factores asociados a una carga de trabajo excesiva y a un tiempo disponible deficitario los motivos de las principales quejas, reclamaciones y preocupaciones por parte del personal médico que participó en la investigación. Son también las piedras angulares de una organización sanitaria no saludable, que puede acabar siendo ineficaz e insostenible.

A esta doble cara del sistema y la organización de los servicios de salud, en los que se inscriben las condiciones del trabajo médico le corresponde la ambivalencia con que los profesionales de la medicina viven su trabajo y su profesión: satisfacción por los recursos sociales y los medios estructurales de orden material y técnico de trabajo y, por otro lado, malestar e inquietud por el exceso estructural de carga de trabajo y por el déficit estructural de tiempo para realizarla toda o bien. En este contexto, el capital psicológico positivo que por lo general dispone el profesional de la medicina medio (resiliencia, ductilidad, optimismo, motivación y vocación), funciona como amortiguador y filtro de los efectos nocivos de sus condiciones de trabajo. De ahí que el Bienestar laboral general detectado en ellos sea moderadamente positivo.

Las limitaciones de este trabajo han venido en parte determinadas por la dificultad de acceso al colectivo médico en el trabajo de campo, que ha condicionado el diseño y el procedimiento empleados en la investigación. Por otra parte, la pluralidad metodológica empleada aporta una riqueza de perspectivas de análisis realizado. Pero a pesar de ello, los resultados alertan del riesgo al acceso de los recursos sociales y el largo camino que tiene la organización sanitaria para convertirse en verdaderamente saludable.

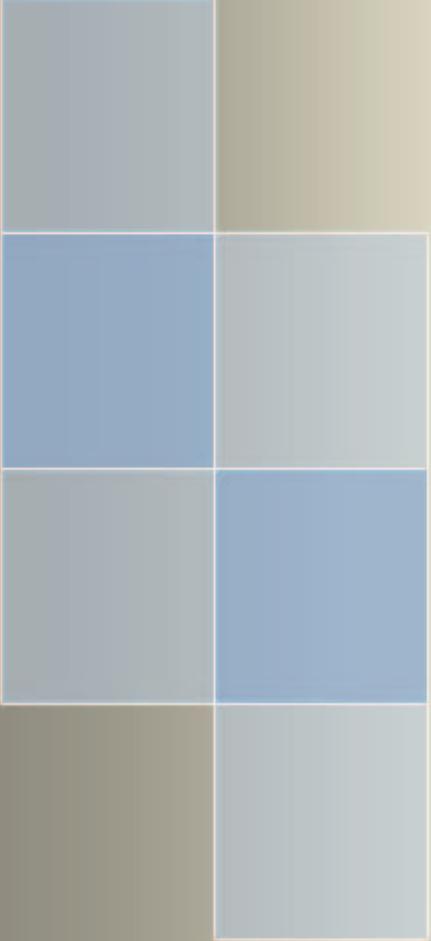
Además de los aspectos puntuales que derivan de la confirmación de hipótesis relativas al papel moderador desempeñado por variables como la adaptación persona organización o las de la gestión de afectos, competencias y

expectativas, la presente investigación aporta evidencia adicional sobre dos puntos clave de la articulación condiciones de trabajo- bienestar laboral:

a) La relación carga-tiempo de trabajo (sobrecarga y presión del tiempo) y su incidencia en el bienestar laboral y la salud ocupacional del personal médico.

b) La importancia de los recursos estructurales y sociales en el trabajo para el bienestar laboral general. El papel mediador de los recursos sociales y su carácter amortiguador de los efectos de las condiciones de trabajo y en el bienestar laboral general. Las implicaciones prácticas de de esta constatación refuerzan la tesis sobre la necesidad de poner en el centro de la organización del trabajo (aspectos de regulación del trabajo) los recursos sociales, ya que no sólo son importantes por el rol que cumplen de mediación entre condiciones de trabajo y bienestar, sino por su importancia en las espirales positivas que resultan del adecuado manejo de estos recursos sociales en orden a promoción de la calidad de vida laboral y a la construcción de organizaciones sanitarias más saludables.

La agenda de investigación futura incluye un estudio más decidido de la articulación de los diversos niveles (macrosocial, organizacional, grupal e individual) en la relación condiciones de trabajo – construcción de la subjetividad laboral y bienestar psicosocial.



REFERENCIAS



Referencias

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003). *Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades europeas.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2007). *Riesgos emergentes*. Observatorio Europeo de Riesgos. Recuperado de <http://www.osha.europa.eu>.
- Agulló, E.; Alvaro, J. L.; Garrido, A.; Medina, R. & Schweiger, I. (Eds.) (2012). *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*. Oviedo: Ediuno.
- Aldunate, C., Ansoleaga, E., Artaza, O., Arteaga, O., Caravantes, R., Barría, MS., Doniez, V., Durán, G., Fuentes, L., Godoy, L., Páez, A., Rosales, C., Sepúlveda, H., Stecher, A., Toro, JP. & Zanga, R. (2012). El contexto de las reformas y la calidad de vida laboral en salud. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).
- Alhama, R. (2004). Las nuevas formas de organización del trabajo (NFOT). Factores para su potenciación. Recuperado de <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh1/nfororgt.htm>.
- Álvaro, J. L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. & Franco, S. (2005). Factores psicosociales y burnout en médicos de familia. México. *Anales de la facultad de medicina*. 66, (3). 225-231.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. & Aldrete, M. (2006). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*. 16, 15-21.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de Psicología*, 35, (2), 161-164.

- Artazcoz, L. (2002). La salud laboral ante los retos de la nueva economía. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6), 459-461
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners, *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-41.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Schaufeli, W.B. (2003). Dual processes at work in a call centre: an application of the Job Demands-Resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12, 393-417.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., Taris, T., Schaufeli, W.B. & Schreurs, P. (2003). A multi-group analysis of the job Demands-Resources model in four home care organizations. *International journal of Stress Management*, 10, 16-38.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43, 83–104.
- Bakker, A.B., Demerouti, E. & Euwema, M.C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-80.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007), The job Demands – Resources model: state of art. *Journal of managerial Psychology*. 22. (3). 309-328.
- Bakker, A.B., Rodríguez, A., & Derks, D. (2012). La emergencia de la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Ballester, R. & Gómez, S. (2012). El Estado Emocional de los Trabajadores de las UCIs. *Infocop online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4038.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New Jersey: Freeman.
- Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., et al. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 253(5), 228-235.
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz*. Barcelona: Paidós.

- Beck, U. (2002). *La Sociedad del Riesgo Global*. Madrid: Siglo XXI.
- Becker, M.; Diamond, R., & Sainfort, F. (1993): *Factors affecting quality of life evaluations*, paper presented at Faculty residents and staff research division seminar, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin.
- Blanch, JM. (1982). *Psicologías Sociales. Aproximación Histórica*. Barcelona: Hora.
- Blanch, JM. (1990). *Del Viejo al Nuevo Paro. Un Análisis Psicológico y Social*. Barcelona: PPU.
- Blanch, JM. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. In. Blanch, JM. (Coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales. Vol.1. Fundamentos (13 148)*. Barcelona: Editorial UOC.
- Blanch, JM. (2007). Psicología Social del Trabajo. En Aguilar, M. & Reid, A. (Coords.). *Tratado de Psicología Social. Perspectivas Socioculturales*. (210-238.). México -Barcelona: Anthropos – UAM.
- Blanch, JM. & Cantera, L. (2007). El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial. Marco y agenda para un estudio de los efectos colaterales de la nueva gestión de los servicios de salud. En Guillén, C. & Guil, R. (Coords.). *Psicología Social: Un encuentro de perspectivas*. Cádiz: Asociación de profesionales de Psicología Social. 1, 1075-1080.
- Blanch, JM. (2008). La doble cara (organizacional y personal) de la flexibilización del trabajo. Desafíos, responsabilidad y agenda de la psicología del trabajo y de la organización. *Perspectivas en Psicología*. 11, 11-26.
- Blanch, JM & Cantera, L. (2009). El Malestar en el Empleo Temporal Involuntario. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*.25 (1), 59-70.
- Blanch J. & Stecher, A. (2009). La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana. En Wittke, T. y Melogno, P. (Comps.). *Psicología y organización del Trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. (pp.191-209). Montevideo: Psicolibros.

- Blanch, JM., Sahagún, M. & Cervantes, G. (2010). Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. Factor structure of Working Conditions Scale. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Journal of Work and Organizational Psychology*, 26 (3), 175-189.
- Blanch, JM., Sahagún, M.A., Cantera, L. y Cervantes, G. (2010). Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 26 (2), 157-170.
- Blanch, JM. & Stecher, A. (2010). Organizaciones excelentes como factores de riesgo psicosocial. La modernización de los sistemas de salud desde la perspectiva del personal sanitario. Un estudio iberoamericano. En M.A. Carrillo (Coord.). *Psicología y trabajo: Experiencias de investigación en Iberoamérica*. México. U.A. Querétaro. 88-104.
- Blanch, JM. (2011). Condiciones de Trabajo y Riesgos Psicosociales Bajo la Nueva Gestión. *FOCAD*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Blanch, JM. & Cantera, L. (2011). La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones. In E. Agulló; Alvaro J. L., Garrido, A., Medina R. & Schweiger, I. (Eds.). *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad (515-534)*. Oviedo: Ediuono.
- Blanch, JM. (2012). Trabajar y Bienestar. In Blanch, J. M. (Coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales*. (4-101). Barcelona: FUOC. (e. p).
- Blanch, JM.; Crespo, J.L. & Sahagún, M.A. (2012). Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud* (pp.). Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).
- Blanch, JM.; Ochoa, P.J. & Sahagún, M.A (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. In Ansoleaga, E.; Artaza, O. & Suárez, J. (Eds.). *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud* (pp.). Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS)- Universidad Diego Portales (UDP).
- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En Morales, Blanco, Huici y Fernández: *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer

- Blanco, A. (1988). Calidad de vida. En Román Reyes (ed.), *Terminología Científico-Social: aproximación crítica* (pp. 65-66). Barcelona: Anthropos.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social Theory & Practice*, 31(4), 561-580.
- Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A.C., Bruner, E. & Stenfels, S.A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in whitehall ii (prospective cohort) study. *BMJ*, 314:558.
- Bosque, I. (2012). Sexismo lingüístico y visibilidad de la mujer. Recuperado de [http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000040.nsf/\(voanexos\)/arch50C5BAE6B25C8BC8C12579B600755DB9/\\$FILE/Sexismo_linguistico_y_visibilidad_de_la_mujer.pdf](http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000040.nsf/(voanexos)/arch50C5BAE6B25C8BC8C12579B600755DB9/$FILE/Sexismo_linguistico_y_visibilidad_de_la_mujer.pdf).
- Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2 (1), 55-81.
- Bravo, M^a J., Peiró J. M. & Rodríguez, I. (1996). Satisfacción laboral. En Peiró J. M. y Prieto, F. *Tratado de psicología del trabajo Vol. 1: La actividad laboral en su contexto* (pp. 343 – 394). Madrid: Ed. Síntesis.
- Brock, D. (1993 - 1997). Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética Médica (Cáp. 8) En Sen, A & Nussbaum, M. (1993). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica
- Brun, A. (2007, mayo) *Gestión clínica y RRHH*. Almería. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de Hospitales. Sevilla.
- Burke, W. (1982). *Organization development: Principles and practices*. Little Brown, Boston.
- Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R. & Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 313-317.
- Casas, J., Repullo, J., Lorenzo, S. & Cañas, J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de administración sanitaria*. (6), 23. pp.143-160.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am. J. Epidemiol.*, 104:107-23.

- Castillo, E. & Vásquez, M. (2003) El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia médica*. 34, (3).164-167.
- Cifré, E., Salanova, M. & Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿Una cuestión de diferencias? *Gestión práctica de Riesgos Laborales*, 82. 28-36.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.*, 38. 300-14.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support And Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Consejo Inter territorial del Sistema nacional de salud (2010). *Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del sistema nacional de salud*. Manuscrito no publicado.
- Cordes, CL. & Dougherty, TW. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2005). Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo. *Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo*. Luxemburgo.
- Cox, T. & Griffiths, A. (2008). *The European Framework for psychosocial Risk Management*. PRIMA EF.
- Crespo, J. L. (2009, octubre). *Subjetividad laboral del profesional sanitario en hospitales de Barcelona*. Comunicación presentada en el XI Congreso Nacional de Psicología Social. Tarragona. España.
- Crespo, J. L. (2012, marzo). *El recurso tiempo para el bienestar laboral en la organización sanitaria saludable*. Póster presentado en el I Congreso Nacional de Psicología Positiva. El Escorial. España.
- Cummins, R.A. (1997). Assessing quality of life. En Browmn (ed): *Qualitiy of life for people with disabilities*. Chentelham: Stanley Thornes.
- Dale, J., & Milner, G. (2009). New ways not working? Psychiatrists attitudes. *Psychiatric Bulletin*, 33(6), 204-207.

- Da Silva, M (2006). *Nuevas perspectivas de la CVL y sus relaciones con la eficacia organizacional*. Universidad de Barcelona. Tesis doctoral no publicada.
- De la Mata, I. (1999). El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental. *Psiquiatría Pública*. 11 (3), 94-102.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, pp. 499-512.
- De Miguel, J.M. (1982). Para un análisis sociológico de la profesión médica. *Reis*, 20, 101-120.
- Duro, A. (2003). Calidad de Vida Laboral y Psicología Social de la Salud Laboral: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental laboral de origen psicosocial. Fundamentos teóricos. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, 56, 15-56.
- Echebarría, A. & Páez, D. (1989). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- Espinosa, O. (2000). Enfoques, teorías y nuevos rumbos del concepto calidad de vida. Recuperado de http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Oscar_Mauricio_Espinosa.htm#_ftnref12.
- Eurofound (2009). *Condiciones de trabajo en la Unión Europea. Tiempo de trabajo e intensidad del trabajo*. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.es/publications/htmlfiles/ef0927.htm>.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16, (1), 51-74.
- Fernández, J. A., Siegrist, J., Rödel, A. & Hernández, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31, 1-10.
- Flórez, J. A. (1998). El síndrome amotivacional del médico. *Medicina Integral*, 32, 40-46.

- Flórez, J. A. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 40, 167-182.
- Freeborn, DK. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *West Journal Medicine*, 174, 13-18.
- French, J.R., Caplan, R.D. & Van Harrison, R. (1982). *The mechanism ob job stress and strain*. New York: Wiley and sons.
- Freudenberguer, H. J. (1974): Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Furnham, A. (1991). *Work and leisure satisfaction*. En Strack, F., Argyle, M. & Schwarz, N. (Eds.). Subjective well-being an interdisciplinary perspective (pp. 235-259). Oxford u.a.: Pergamon Press.
- Furnham, A. (2001). *Psicología Organizacional: El comportamiento del individuo en las organizaciones*. México: Oxford University Press.
- Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote, J.C. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro*. Madrid. Díaz de Santos.
- García, M.A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 2, 18-39.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R. & Moreno-Jiménez, B. (Coords.) (2007). *El Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gómez, IC. (2007). Salud Laboral: Una Revisión a la Luz de las Nuevas Condiciones de Trabajo. *Universitas Psychologica*. 6, (1), 105-113
- González, P., Peiró, J.M. & Bravo, M^a.J. (1996) Calidad de vida laboral en Peiró J. M. y Prieto, F. *Tratado de psicología del trabajo Vol. 1: La actividad laboral en su contexto* cap. 9. (pp 343 – 394). Madrid: Ed. Síntesis.
- González, R. & de la Gándara, J. (2004). *El médico con burnout. Conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia*. Madrid: Novartis.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.
- Halford, S. & Leonard, P. (2006). Place, Space and Time: Contextualizing workplace subjectivities. *Organization Studies*. 27 (5) 657-676.
- Hattrup, K., Ghorpade, J., & Lackritz, J. R. (2007). Work group collectivism and the centrality of work. *Cross-Cultural Research*, 41(3), 236-260.
- Hernan, C. (1981). Tecnología médica: el advenimiento de un cambio radical en la medicina. *Cuadernos médico sociales*, 16, 1-7.
- Herzberg, F. (1974). Motivator-hygiene profiles: Pinpointing what ails the organization. *Organizational Dynamics*, 3(2), 18-29.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart. Commercialisation of human feeling*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 54-62.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005a). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica* 17 (3), 202-209.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005b). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 (3), 210-220.
- ILO (1986). *Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control. Occupational Safety and Health Series*, 56. Geneva: International Labor Organization.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. & Zeisel, H. (1933). *Marienthal*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Janse, A. J., Gemke, R. J. B. J., Uiterwaal, C. S. P. M., van, d. T., Kimpen, J. L. L., & Sinnema, G. (2004). Quality of life: Patients and doctors don't always agree: A meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57 (7), 653-661.

- Johnson, J. V, & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A crosssectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78, 1336-1342.
- Jones, J.R., Hodgson, J.T., Clegg, T.A. & Elliot, R.C. (1998). *Self-reported work-related illness in 1995: Results from a household survey*. Sudbury: HSE Books.
- Jovell, A.J & Navarro, M.D. (2006). *Profesión médica en la encrucijada: Hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Documento de trabajo*. Fundación alternativas.
- Kahn, R.L., & Byosiere, S. (1990). Stress in Organizations. En Dunnette, M. (ed.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Karaseck, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design. *Administrative Science Quarterly*. 24. 285-308.
- Karasek, R.A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R.A. (1998). Demand/Control Model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. En Stellman, J.M. (Ed.), *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, (pp.34.06-34.14). Geneva. ILO.
- Keyes, L. & Corey. M. (1998). Social Well-Being. *Social psychology Quarterly* 61.121-140.
- Lain, P. (1990). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat (Versión original 1984).
- Landier, H. (1992). *Hacia la Empresa Inteligente*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Larsen, D., & Stamm, B. H. (2008). Professional quality of life and trauma therapists. In P. A. Linley (Ed.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. (pp. 275-293). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc.
- Lawler, E. (1973). *Motivation in Work Organization*. California: Books Cole.

- Lepnurm, R., Lockhart, W. S., & Keegan, D. (2009). A measure of daily distress in practising medicine. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (3), 170-180.
- Levi, L. (1984). Stress in Industry: Causes, Effects and Prevention. *Occupational Safety and Health Series (51)*. International Labour Office. Geneva.
- Lieberman, S. (1956). El efecto del cambio de roles sobre las actitudes de sus ocupantes. En Torregrosa, J.R. (Dir.) (1974). *Teoría e investigación en Psicología Social actual* (325-337). Madrid: Instituto de la Opinión Pública.
- Lipietz, A. (1997). The post-Fordist world: labour relations, international hierarchy and global ecology. *Review of International Political Economy* 4:1 Spring, 1-41.
- Lloret, S. & Tomás, I. (1994). La medición del bienestar psicológico. En González, V. (Ed.), *La medición del bienestar psicológico y otros aspectos de la salud mental* (pp. 43-60). Valencia: Nau Llibres.
- Lobban, R.K., Husted, J. & Farewell, V.T. (1998). A Comparison of the Effect of Job Demand, decision latitude, role and supervisory Style on Self-reported job satisfaction. *Work and Stress*, 4 (12). 337-350.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En Dunnette, MD. *Handbook of Industrial And Organizational Psychology*. Chicago. United States: Rand McNally College Ed.
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695–706.
- Luthans, F. & Youssef, CM. (2004). Human, social and now positive psychological capital management: investing in people for competitive advantage. *Organizational Dinamics*, 33, 143-160.
- MacCulloch, T., & Shattell, M. (2009). Clinical supervision and the well-being of the psychiatric nurse. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (9), 589-590.
- Margolis, B.L. & Kroes, W.H. (1974). Work and the Health of Man. En O'Toole, J. (ed.) *Work and Quality of Life*. MIT Press, Cambridge, Mass.

- Martínez, O.A. (2000). *Los Trabajadores Frente a las Nuevas Formas de Organización del Trabajo*. Recuperado de http://www.cddc.vt.edu/digitalfordism/fordism_materials/martinez.htm
- Martos, FJ. (2007, mayo). *Repuesta a las nuevas demandas sociales. La atención sanitaria a la población inmigrante. Gestión clínica y RRHH*. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de Hospitales. Sevilla.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997): *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal stress and What to Do About It*. San Francisco, Jossey Bass.
- Maslach, C. & Jackson, SE. (1982). Burnout in Health Professions: A social psychological analysis. En: Sanders, GS. y Suls, J. (ed.), *Social Psychology of Health and illness*. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum
- McLellan, E., McQueen, K., & Nedig, J, (2003). Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription. *Field Methods*, 15, (1), 63–84.
- McGlone, S.J. & Chenoweth, I.G. (2001). Job demands and control as predictors of occupational satisfaction in general practice. *Medical journal of Australia*, 175 (2). 88-91.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT) [Introducción a la Teoría de las Discrepancias Múltiples]. *Social Indicators Research*, 16, 347-413 [Intervención Psicosocial, 4(11), 101-115].
- Miller, E. (1998). La organización saludable. (spanish). *Estudios de Administración*, 5(2), 37-48.
- Moral, J., Valdez, JL., González, NI., González, S., Alvarado, BG. & Gaona, LS. (2010). Emociones y síntomas físicos médicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. *Medicina Universitaria*. 12, (47), 96-105.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, R., Gálvez, M. y Garrosa, E. (2005). Aspectos psicosociales de la práctica clínica. *Atención primaria y Salud Mental*, (8), 12-20.

- Moyano, E., & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la región de Maule. *Universum*, 22 (2). Pp.177-193.
- Munduate, L. & Barón, M. (1993). *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral*. Madrid. Eudema.
- Muñoz, J.M. (2005). *Análisis de datos textuales con Atlas.ti 5*. Recuperado de <http://psicologiasocial.uab.es/juan/docman/atlas.ti-5/download.html>
- Murphy, LR. (1996). Stress Management in working settings: a critical review of health effects. *American Journal Health Promotion*, 11, 112-135.
- Nadler. D. & Lawler. E (1983). Quality of Work Life: Perspectives and directions. *Organizational dynamics*. Winter. 20-30.
- National Institute of Occupational Safety and Health (1988). *Psychosocial Occupational Health*. NIOSH. Washington, DC.
- National Institute of Occupational Safety and Health (2002). *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People*. NIOSH. Washington, DC.
- Noval, R. (2002). *Aspectos médicos éticos y legales*. Recuperado de <http://www.amaportal.com/cgi-sys/suspendedpage.cgi>
- Novell, A & Navarro, M. (2006). *Profesión Médica en la Encrucijada: Hacia un Nuevo Modelo de Gobierno Corporativo y de Contrato Social*. Madrid: Fundación alternativas.
- Ochoa, P. (2012). *Significado del trabajo en profesionales de la medicina. Un estudio iberoamericano*. Tesis Doctoral no publicada. Barcelona: UAB.
- Ogiwara, S., & Araki, H. (2006). Job satisfaction among physiotherapists in ishikawa prefecture, Japan. *Journal of Physical Therapy Science*, 18(2), 127-132.
- Olmedo, M., Santed, M. A., Jiménez, R. & Gómez, M.D. (2001). El síndrome de burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, (22), 117-129.
- OMS (1957). X Asamblea. *Crónica. Organización Mundial de la Salud*. Ginebra. Suiza.

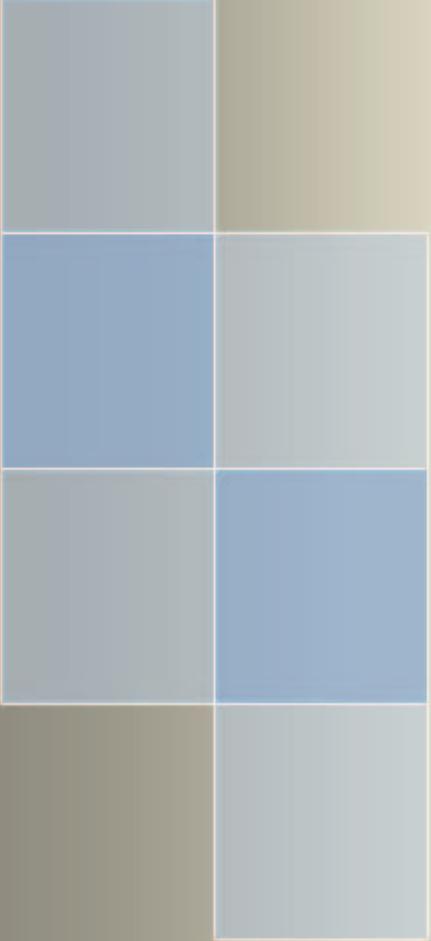
- OMS (2010). Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra. Suiza.
- Ortiz, J. (1966). Hacia una reordenación de la sanidad pública española: El problema hospitalario. *Revista de administración Pública*. 51.151-180.
- Ozaki, M ed. (1999) *Negotiating flexibility: The role of the social partners and the state*. Geneva, International Labour Office.
- Páez, D., Fernández, I., & Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y cultura. En Páez, D. & Casullo, M. M. (Comps.), *Cultura y Alexitimia: ¿cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 51-71). Buenos Aires: Paidós.
- Peiró, J.M.(1992). *Psicología de la Organización*. Madrid: UNED.
- Peiró, J. M., Silla, I., Sanz, T., Rodríguez, J., & García, J. L. (2004). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. *Psiquis*, 25(4), 5-16.
- Pérez, R. (2007, mayo) *La gestión de los recursos humanos en un gran hospital: una oportunidad para el desarrollo profesional*. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de Hospitales. Sevilla.
- Quarstein. V.A., Mc Afee, R.B. & Glassmann, M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Human relations*. 45 (8), 859-853.
- Quick, J.C. & Tetrick, L.E. (Eds.). (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ridruejo, P. (1983). Potenciales implicativos del clima social: Su sintáctica. En Torregrosa, J.R. y Sarabia, B. (Eds.). *Perspectivas y contextos de la Psicología Social*. Barcelona: Ed. Hispano Europea. 269-291.
- Rifkin, J. (1996). *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: El nacimiento de una nueva era*. Barcelona: Paidós.
- Riley, B., & Connolly, P. (2007). A profile of certified therapeutic recreation specialist practitioners. *Therapeutic Recreation Journal*, 41(1), 29-46.
- Rodríguez, Lorenzo & Herrera (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*. Julio/diciembre, 15, (2), 133-154.

- Rodríguez, A.M. & Cifré, E. (2012). *Flow y Bienestar subjetivo en el Trabajo. Guías de optimización*. Madrid. Síntesis.
- Ross, I.C., Zander, A. (1957), Need satisfactions and employee turnover. *Personnel Psychology*, 10, (3), 327-338.
- Ruiz, J. (1996). El diseño cualitativo. En Ruiz Olabuenaga J., ed. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salanova, M., Martínez, I. & Llorens, S. (2004). Psicología organizacional positiva, en Palací, FJ. *Psicología de la organización. Cap XIV*, (pp. 349-376) Madrid: Ed. Pearson Prentice hall.
- Salanova, M., Bakker, A., & Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for a gain spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7, 1-22.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una perspectiva desde la psicología positiva. En Vázquez, C. & Hervás, G. (ed.). *Psicología Positiva Aplicada (2ª Ed.)*. Madrid: Alianza editorial.
- Salanova, M. (Dir). (2009). *Psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Pirámide.
- Salanova, M. & Schaufeli, W.B. (2009). *El Engagement en el Trabajo. Cuando el Trabajo se Convierte en Pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schaufeli, W.B., Keijsers, G.J. & Reis-Miranda, D. (1995). Technology use, burnout and performance in intensive care units. En Sauter, S.L. & Murphy, L.R. (Eds). *Organisational risk factors for job stress* (pp. 259-271). Washington D.C: APA.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V. & Bakker, A.B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*.3, 71-92.
- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. London. Sage.

- Segurado, A. & Agulló, E. (2002). Calidad de Vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*. 14, (4), 828-836.
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf. (reissue edition, 1998, Free Press.
- Sennett, R. (2000). *La Corrosión del Carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort-low reward conditions”, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 381-411.
- Silva, M. (1992). Hacia una definición comprehensiva del clima organizacional. *Revista de psicología general y aplicada*, 45 (4), 443-451.
- Silva, M. (1996). *El clima en las organizaciones. Teoría, método e intervención*. Barcelona: PPU.
- Slottje, D. J. (1991). *Measuring the quality of life across countries: A multidimensional analysis* Boulder and Oxford: Westview Press.
- Smith, R (2001). Why are doctors so unhappy? *BMJ*. 322, 1073-1074.
- Stenberg, R. (2002). Effecting organizational change: A “mineralogical” theory of organizational Modifiability. *Consulting Psychology Journal: practice and research*, 54, (3), 147-156.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assesment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334 (13), 835-840.
- Thomas, W.I. & Thomas, D.S. (1928). *The child in America*. Oxford, England: Knopf.
- Trinidad, A., Carrero, V. & Soriano, R., (2006). *Teoría fundamentada “Grounded theory”*. *La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: CIS.
- Trowell, J., Davids, Z., Miles, G., Shmueli, A., & Paton, A. (2008). Developing healthy mental health professionals: What can we learn from trainees? *Infant Observation*, 11(3), 333-343.

- Trujillo, S., Tovar, C. & Lozano, M. (2006). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 5, 89-98.
- Väänänen, A., Toppinen-Tanner, S., Kalimo, R., Mutanen, P., Vahtera, J. & Peiró, J.M. (2003). Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Social Science and Medicine*, 57, 807-224.
- Valbuena, M, Morillo, R & Salas, D. (2006). Sistema de valores en las organizaciones. *Omnia*, 12(3), 60-78.
- Vázquez, J. & Francisco D. (2008). Constitución, Crisis y Reconfiguración del Valor Moral del Trabajo en el Postfordismo. (portuguese). *Sociologia, Problemas e Práticas*, 56, 129-148.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida, *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities Of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- VV.AA (2006). Impacto social de la globalización en los países en desarrollo. *Revista Internacional del Trabajo*, 125 (3), 187-206.
- Warr P.B. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford, UK: Clarendon.
- Warr, P.B. (1990). The measurement of well-being and other aspects on mental health. *Journal of occupational psychology*, 63, pp.193-210.
- Warr, P.B. (1992). Job Features and excessive stress. En Jenkins, R. & Coney, N. (eds.). *Prevention of Mental Ill Health at work*. HMSO. Londres.
- Warr, P.B. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and stress*, 8, 84-97.
- Warr, P. B. (2003). Well-being and the workplace. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz. (Eds.): *Well-being. The foundations of hedonic psychology* (pp. 392-412). New York: Russel sage foundation.
- Warr, P. B. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. New Jersey. Lea.

- Weber, A. y Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine*, (50), 512-517.
- Wilpert, B. (2009). Impact of Globalization on Human Work. *Safety Science*. 47, 727-732.
- Wilson, M. G., DeJoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A. & McGrath, A.L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565 –588.
- World Bank (2003). *World development report 2003: Sustainable development in a dynamic world: Transforming institutions, growth, and quality of life*. Washington, D.C.;; World Bank;; Oxford and New York.;; Oxford University Press.



ÍNDICES DE TABLAS Y DE GRÁFICOS

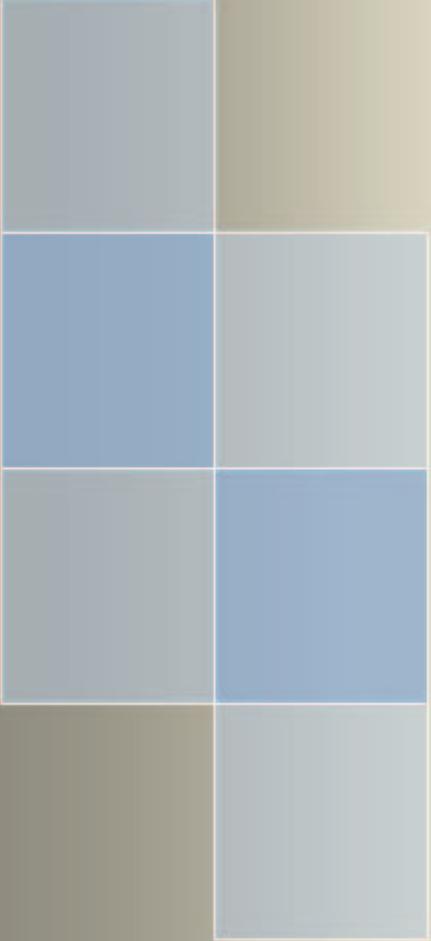


Índice de tablas

Tabla 1.- Distribución de la población por países.	82
Tabla 2.- Distribución de la población por sexo.	82
Tabla 3.- Estadísticos descriptivos de las variables Edad, Antigüedad en la profesión y Antigüedad en el centro de trabajo.	83
Tabla 4.- Distribución de casos por Tipo de contrato	83
Tabla 5.- Distribución de casos por Responsabilidades directivas.	84
Tabla 6.- Medias y desviaciones estándar en puntajes de escalas.	97
Tabla 7.- Frecuencias de respuesta a la evolución de las condiciones de trabajo.	98
Tabla 8.- Aspectos de la experiencia laboral valorados positivamente.	102
Tabla 9.- Aspectos de la experiencia laboral valorados negativamente.	103
Tabla 10.- Ítems de escalas y subescalas del qCT.	105
Tabla 11.- Comparaciones de medias en puntajes de escalas por Países.	107
Tabla 12.- Comparación de medias en puntajes de escala organización y persona por sexo.	107
Tabla 13.- Comparaciones de medias en puntajes de escalas por responsabilidades directivas.	110
Tabla 14. Medias y desviaciones estándar en puntajes de escalas.	112
Tabla 15.- Comparaciones de medias en puntajes de escalas por Países.	114
Tabla 16.- Frecuencia de descriptores de experiencia laboral agrupados por categorías específicas.	115
Tabla 17. Agrupación por tipos de descriptores.	116
Tabla 18. Valoraciones sobre el ambiente Social en el trabajo.	118
Tabla 19. Correlaciones del qCT con Bienestar psicosocial y efectos colaterales (BLG).	125
Tabla 20. Correlaciones entre escalas de BLG con ambiente social.	129

Índice de figuras

Figura 1.- Relación holística de factores de calidad de vida en el trabajo.	26
Figura 2.- Inventario de condiciones de trabajo.	55
Figura 3.- Modelo teórico de condiciones de trabajo de Blanch, Sahagún y Cervantes (2010).	56
Figura 4.- Modelo de demandas y recursos laborales.	65
Figura 5.- Modelo de Bienestar laboral general.	68
Figura 6.- Modelo heurístico de organización saludable.	70
Figura 7.- Efectos de la sobrecarga de trabajo y la consiguiente presión del tiempo sobre las RMP y con colegas (López, 2012).	99
Figura 8.- Dinámica.	100
Figura 9.- Agrupación de frecuencias por tipos de descriptores.	116
Figura 10. Características actuales de la relación médico paciente.	120
Figura 11. Causas y efectos de la escasez de tiempo sobre el apoyo social.	123
Figura 12. Modelo circunflejo de emociones de Rusell y Carrol (1999), adaptado por Bakker, Rodríguez y Derks (2012).	140
Figura 13.- Organización NO saludable en la sanidad actual. Basado en el modelo heurístico de organización saludable de Salanova (2008).	148
Figura 14.- Fuentes de riesgos psicosociales en el trabajo de Blanch (2011).	151
Figura 15.- Recursos sociales de los profesionales de la medicina.	153



ANEXOS



Anexo 1.- Cuestionario de Condiciones de Trabajo

Anexo: Cuestionario de Condiciones de Trabajo

<i>Escala 1.1. Organización y Método: Regulación</i>												
<i>Instrucciones: Rodee el número elegido</i>												
Valor Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor Óptimo
<i>Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro</i>												
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Organización general del trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Retribución económica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Carga de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Calidad del contrato laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Conciliación trabajo - vida privada y familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Escala 1.2. Organización y Método: Desarrollo</i>												
<i>Instrucciones: Rodee el número elegido</i>												
Valor Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor Óptimo
<i>Valore los siguientes aspectos de las condiciones de trabajo en su centro</i>												
Autonomía en la toma de decisiones profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Justicia en la contratación, remuneración y promoción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Oportunidades para la formación continua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Vías de promoción laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Participación en las decisiones organizacionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Relaciones con la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Evaluación del rendimiento profesional por la inst.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Apoyo recibido del personal directivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Escala 2.1. Organización y Entorno Material</i>												
<i>Instrucciones: Rodee el número elegido</i>												
Valor Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor Óptimo
<i>Valore los siguientes aspectos de su entorno de trabajo</i>												
Entorno físico, instalaciones y equipamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Recursos materiales y técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Prevención de riesgos laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Subescala 2.2. Organización y Entorno Social</i>												
<i>Instrucciones: Rodee el número elegido</i>												
Valor Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Valor Óptimo
<i>Valore los siguientes aspectos de su entorno de trabajo</i>												
Compañerismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Respeto en el grupo de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Escala 3.1. Organización y Persona: Ajuste Organización-Persona
Instrucciones: Rodee el número elegido

Total desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total acuerdo
<i>La actual organización del trabajo de mi centro...</i>								
Satisface mis intereses	1	2	3	4	5	6	7	
Me exige según mis capacidades	1	2	3	4	5	6	7	
Responde a mis necesidades	1	2	3	4	5	6	7	
Encaja con mis expectativas	1	2	3	4	5	6	7	
Se ajusta a mis aspiraciones	1	2	3	4	5	6	7	
Concuerda con mis valores	1	2	3	4	5	6	7	
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	1	2	3	4	5	6	7	
Estimula mi compromiso laboral	1	2	3	4	5	6	7	
Me permite trabajar a gusto	1	2	3	4	5	6	7	
Me motiva a trabajar	1	2	3	4	5	6	7	
Me da sensación de libertad	1	2	3	4	5	6	7	
Me hace crecer personalmente	1	2	3	4	5	6	7	
Me permite desarrollar mis competencias profesionales	1	2	3	4	5	6	7	
Me proporciona identidad	1	2	3	4	5	6	7	
Me hace sentir útil	1	2	3	4	5	6	7	

Escala 3.2. Organización y Persona: Adaptación Persona-Organización
Instrucciones: Rodee el número elegido

Total desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total acuerdo
<i>Ante las demandas de mi organización...</i>								
Me adapto a la política del centro	1	2	3	4	5	6	7	
Asumo los valores de la dirección	1	2	3	4	5	6	7	
Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	1	2	3	4	5	6	7	
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	1	2	3	4	5	6	7	
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	1	2	3	4	5	6	7	
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	1	2	3	4	5	6	7	

Anexo 1.- Cuestionario de Bienestar Laboral General.

Anexo: Escalas e Ítems del Cuestionario de Bienestar Laboral General

Factor de Bienestar Psicosocial								
Escala de Afectos								
Instrucciones: Rodee el número elegido								
<i>Actualmente, en mi trabajo, siento:</i>								
Insatisfacción	1	2	3	4	5	6	7	Satisfacción
Inseguridad	1	2	3	4	5	6	7	Seguridad
Intranquilidad	1	2	3	4	5	6	7	Tranquilidad
Impotencia	1	2	3	4	5	6	7	Potencia
Malestar	1	2	3	4	5	6	7	Bienestar
Desconfianza	1	2	3	4	5	6	7	Confianza
Incertidumbre	1	2	3	4	5	6	7	Certidumbre
Confusión	1	2	3	4	5	6	7	Claridad
Desesperanza	1	2	3	4	5	6	7	Esperanza
Dificultad	1	2	3	4	5	6	7	Facilidad

Escala de Competencias								
Instrucciones: Rodee el número elegido								
<i>Actualmente, en mi trabajo, siento:</i>								
Insensibilidad	1	2	3	4	5	6	7	Sensibilidad
Irracionalidad	1	2	3	4	5	6	7	Racionalidad
Incompetencia	1	2	3	4	5	6	7	Competencia
Inmoralidad	1	2	3	4	5	6	7	Moralidad
Maldad	1	2	3	4	5	6	7	Bondad
Fracaso	1	2	3	4	5	6	7	Éxito
Incapacidad	1	2	3	4	5	6	7	Capacidad
Pesimismo	1	2	3	4	5	6	7	Optimismo
Ineficacia	1	2	3	4	5	6	7	Eficacia
Inutilidad	1	2	3	4	5	6	7	Utilidad

Escala de Expectativas								
Instrucciones: Rodee el número elegido								
Está(n) bajando	1	2	3	4	5	6	7	Está(n) subiendo
<i>En mi trayectoria laboral:</i>								
Mi motivación por el trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Mi identificación con los valores de la organización	1	2	3	4	5	6	7	
Mi rendimiento profesional	1	2	3	4	5	6	7	
Mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
La calidad de mis condiciones de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Mi autoestima profesional	1	2	3	4	5	6	7	
La cordialidad en mi ambiente social de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
La conciliación de mi trabajo con mi vida privada	1	2	3	4	5	6	7	
Mi confianza en mi futuro profesional	1	2	3	4	5	6	7	
Mi calidad de vida laboral	1	2	3	4	5	6	7	
El sentido de mi trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Mi acatamiento de las pautas de la dirección	1	2	3	4	5	6	7	
Mi estado de ánimo laboral	1	2	3	4	5	6	7	
Mis oportunidades de promoción laboral	1	2	3	4	5	6	7	
Mi sensación de seguridad en el trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Mi participación en las decisiones de la organización	1	2	3	4	5	6	7	
Mi satisfacción con el trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Mi realización profesional	1	2	3	4	5	6	7	
El nivel de excelencia de mi organización	1	2	3	4	5	6	7	
Mi eficacia profesional	1	2	3	4	5	6	7	
Mi compromiso con el trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Mis competencias profesionales	1	2	3	4	5	6	7	

Factor de Efectos Colaterales
Escala de Somatización
Instrucciones: Rodee el número elegido

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Siempre
<i>Actualmente, por causa de mi trabajo, siento:</i>								
Trastornos digestivos	1	2	3	4	5	6	7	
Dolores de cabeza	1	2	3	4	5	6	7	
Insomnio	1	2	3	4	5	6	7	
Dolores de espalda	1	2	3	4	5	6	7	
Tensiones musculares	1	2	3	4	5	6	7	

Escala de Desgaste
Instrucciones: Rodee el número elegido

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Siempre
<i>Actualmente, por causa de mi trabajo, siento:</i>								
Sobrecarga de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	
Desgaste emocional	1	2	3	4	5	6	7	
Agotamiento físico	1	2	3	4	5	6	7	
Saturación mental	1	2	3	4	5	6	7	

Escala de Alienación
Instrucciones: Rodee el número elegido

Nunca	1	2	3	4	5	6	7	Siempre
<i>Actualmente, por causa de mi trabajo, siento:</i>								
Mal humor	1	2	3	4	5	6	7	
Baja realización profesional	1	2	3	4	5	6	7	
Trato despersonalizado	1	2	3	4	5	6	7	
Frustración	1	2	3	4	5	6	7	

Anexo 2.- Consentimiento Informado.

Josep M Blanch, Catedrático de Psicología Social Aplicada
Departamento de Psicología Social. Campus UAB. Edificio B
08193 Bellaterra (Barcelona), España.
Despacho B5 042. Tel.: 34 93 5 81 1326. Fax: 34 93 5 81 2125
E-mail:josepmaria.blanch@uab.es



DECLARACIÓN DEL COORDINADOR DE LA INVESTIGACIÓN

Como Coordinador del Estudio Internacional sobre Calidad de Vida Laboral en Universidades y Hospitales, proyecto de investigación financiado por el MEC español, en el marco del Plan Nacional I+D+I, referencia: SEJ2007-63686/PSIC (2007-2010), DECLARO:

1. QUE con este estudio nuestro equipo pretende conocer más y mejor en qué sentido y en qué medida los actuales procesos de cambio organizacional en Universidades y Hospitales inciden sobre calidad de vida laboral del personal empleado en estas instituciones.
2. QUE para ello nos proponemos usar técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida de la información (cuyos detalles de aplicación precisaremos en cada caso) que, en ninguna circunstancia, comportan riesgos físicos o psicológicos para las personas participantes.
3. QUE, en cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, la información que usted nos proporcione para esta investigación será tratada de acuerdo con la exclusiva finalidad científica del proyecto, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de quienes, libre y voluntariamente, hayan tenido la amabilidad de mostrarnos algunas facetas de su experiencia laboral.
4. QUE los resultados del estudio facilitarán el progreso en el conocimiento del tema y el diseño de modelos de promoción de entornos laborales saludables y de prevención de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, sin aludir a ninguna organización en particular.
5. QUE, como primer responsable del proyecto, estoy localizable y disponible (en las direcciones arriba señaladas) para las aclaraciones o precisiones pertinentes y oportunas sobre el estudio.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN
Como participante en el estudio, DECLARO:

1. QUE, he recibido:

- a. La información adecuada sobre los objetivos y procedimientos del proyecto.
- b. El reconocimiento suficiente de mis derechos a la confidencialidad y al anonimato, a retirarme del estudio en cualquiera de sus fases, si así lo estimo conveniente, y al conocimiento de los resultados de la investigación.

2. QUE, he decidido:

- a. Participar libre y voluntariamente en el mismo.
- b. Autorizar al investigador responsable, y por extensión a su equipo, al uso de las informaciones generadas para los fines del proyecto, incluyendo la propiedad intelectual y la divulgación pública y científica de sus resultados.

Nombre y apellidos: Firma:

Teléfono de contacto: e-mail:

Lugar y fecha:

.....
Responsable local del estudio: Nombre y apellidos: Teléfono de contacto: e-mail:

Anexo 3.- Guía de le entrevista

Estudio Internacional sobre Calidad de Vida Laboral en Universidades y Hospitales

CÓDIGO:

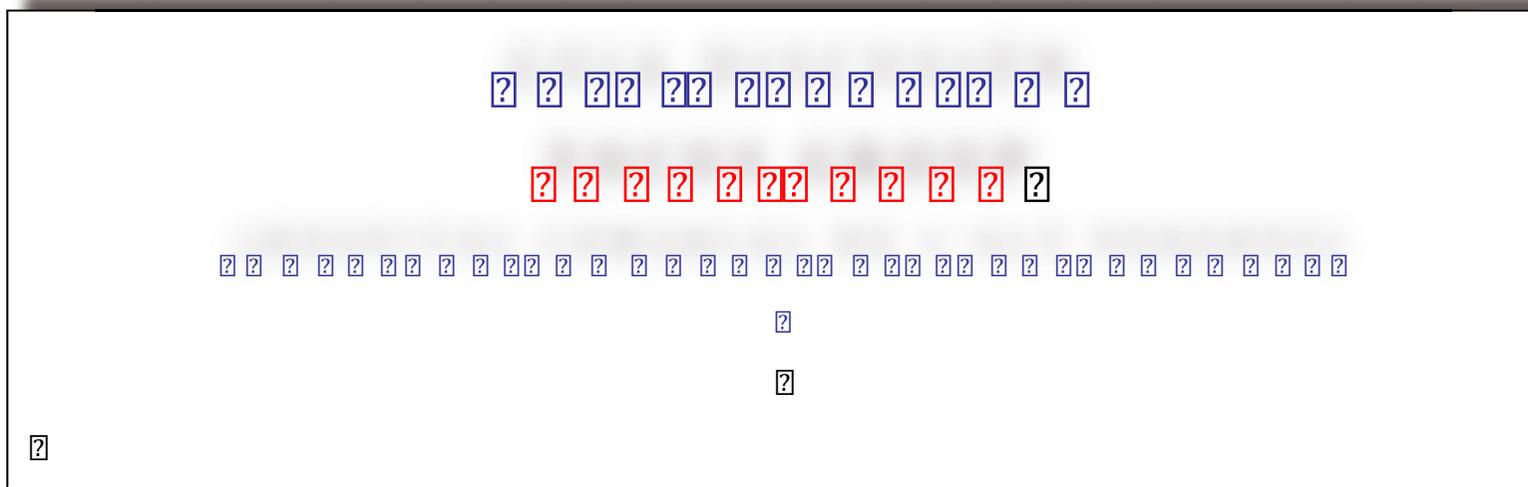
--	--	--	--	--

Guión entrevista

Se dice que muchas cosas están cambiando en el mundo del trabajo. Háblenos de cómo ve y de cómo vive este proceso de cambio.

1. **En sus condiciones de trabajo** (materiales, técnicas, financieras, contractuales, salariales, temporales, etc.)
 - a. ¿Qué va mejorando?
 - b. ¿Qué va empeorando?
2. **En su ambiente social de trabajo** (relaciones con colegas, con dirección, con personas usuarias del servicio, etc.).
 - a. ¿Qué va mejorando?
 - b. ¿Qué va empeorando?
3. **En su actual mundo de trabajo,**
 - a. ¿Qué cosa buena se va perdiendo?
 - b. ¿Qué cosa mala va desapareciendo?
4. **Indique si en algún sentido estos cambios afectan:**
 - a. Su identidad como profesional
 - b. Su identificación personal con la organización donde trabaja
5. **¿Ha ocurrido, en su vida como persona trabajadora o en su centro de trabajo, a lo largo del último año, algún acontecimiento que haya impactado fuertemente sobre su calidad de vida laboral?**
 - a. En su vida como persona trabajadora
 - b. En su centro de trabajo
6. **¿Existe algo que usted no soporta (y que no está en disposición de aceptar ni de tolerar)?**
7. **Mirando al futuro de su mundo de trabajo,**
 - a. ¿Qué visualiza como esperanzador?
 - b. ¿Qué percibe como inquietante?
8. **¿Qué se puede hacer para mejorar su actual mundo de trabajo?**
 - a. ¿Qué puede hacer usted como persona trabajadora?
 - b. ¿Qué se puede hacer a nivel de su centro o de política general?

Anexo 4.- Guía discusión Focus Group



Tema: Factores de riesgo psicosocial y efectos biopsicosociales asociados al capitalismo organizacional

- **Objetivo: Dirigir el Focus Group para que aflore la discusión sobre:**
 - **Impacto psicosocial percibido /bienestar subjetivo**
 - **Impacto en términos de salud**
 - **Afectaciones vida personal**
 - **Indicadores de automedicación**
 - **Presentismo**
- **Metodología: Grupo focal**
- **Asistentes: Profesionales de la medicina (x) y enfermería (x)**
- **Lugar: Instalaciones del Hospital Comarcal de l'Alt Penedes**
- **Fecha: xx de noviembre de 09**
- **Duración prevista: 70 minutos**
- **Horario: x:00 - xx:10 Hs.**
- **Conductores: Diana y Javier.**
- **Promotor: Genís Cervantes**
- **Pre- Focus Group**
 - **Checklist**

Sala	
Folios y bolígrafos	
Grabadora/pilas	
Café/pastas	
Regalos	

HORA	DUR	CONTENIDO	PROCESO	PREGUNTAS ALTERNATIVAS
9:00	13'	1.- INTRODUCCION 1.1 Bienvenida/agradecimiento. 1.2 Presentaciones Diana y Javier. 1.3 Enmarcar estudio CVL en Hospitales - Kofarips/colaborando. 1.4 Presentaciones participantes (Cargos/puestos y servicio).	Inauguración Focus Group <ul style="list-style-type: none"> • Me presento/Diana se presenta, 1'x persona 2' • Enmarcar el Focus Group y la importancia de la participación de Vds. en la investigación. 3' <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudio internacional de CVL en Hospitales y Universidades ○ Permiso a grabar! + Confidencialidad. ○ El objetivo del FG es conocer sus puntos de vista, no juzgar las distintas opiniones. No hay respuestas buenas o malas. • Dar paso a que los participantes se presenten 1'x 8 pax.= 8' Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> • Crear un clima agradable para el FG y romper el hielo. 	
9:13	18'	2. PREGUNTA ESTÍMULO⁵: 2.1 Salud	Inicio discusión <ul style="list-style-type: none"> • Podemos comenzar hablando cómo sienten Vds. que el trabajo les afecta personalmente por ejemplo en su salud (causas/experiencias/circunstancias/condiciones). • Elemento a hacer aflorar: Masificación / presión asistencial / sobrecarga de trabajo y de los 	<p>¿Tienen Vds. dolores de espalda "causados por las circunstancias del trabajo"?</p> <p>Y trastornos digestivos?, e insomnio?</p> <p>¿han acudido alguna vez enfermos a trabajar (PSTMO)?</p> <p>Hacer referencia a Síntomas de: Dolores de espalda, de cabeza,</p>

⁵ La propuesta de guía de discusión, y más concretamente en sus preguntas estímulo, responde a una planificación del FG en sus dimensiones temporales y temáticas, pero se sobreentiende, que los participantes responderán a las mismas mezclando temáticas, como es natural en un fenómeno complejo.

² Se plantean una serie de preguntas temáticas que se utilizarán en el FG en el caso de que no aparezcan respuestas a las áreas temáticas apuntadas.

			efectos que Vds. perciben sobre su salud.	trastornos digestivos, tensión muscular, Insomnio, agotamiento físico.
--	--	--	---	---

9:31	18'	3. PREGUNTA ESTÍMULO: 3.1 Sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos continuar hablando de cómo se sienten Vds. ante esa situación? <ul style="list-style-type: none"> De baja realización profesional, desgaste emocional, mal humor, frustración, saturación mental 	Preguntar directamente: ¿Se sienten plenamente realizados? ¿Cual diría que es su estado de humor natural en el trabajo? ¿a veces se sienten bloqueados/saturados?
9:49	18'	4. PREGUNTA ESTÍMULO: 4.1 Influencias en otras áreas de la vida, relaciones personales dentro /fuera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Creen Vds que esta situación les influye en otras áreas de la vida? ¿cómo concretamente?: <ul style="list-style-type: none"> Traslado de problemas laborales a otros ámbitos de la vida, continuación de tareas laborales en casa. Trato despersonalizado a colegas o a usuarios del servicio. 	Preguntar directamente: ¿Les afecta su situación laboral en sus relaciones familiares? Y con colegas? ¿o usuarios del servicio? ¿En qué medida? ¿Cómo? ¿En su trato?
10:07	3'	5. CONCLUSION 5.1 Cierre conclusiones. 5.2 Agradecimiento entrega regalo.	Cierre Focus Group Agradecimiento <ul style="list-style-type: none"> Gracias por sus valiosísimas aportaciones 1'. Entrega regalo 1'. 	Regalos / detalles /obsequio.
10:10		FIN DEL FOCUS GROUP		

En rojo: Lo que dicen los conductores de grupo.
En negrita: Los elementos clave a hacer aflorar.

**...parece este el final del camino,
el descanso aguarda,
sin embargo no es más que el inicio de otros muchos,
el exordio de una nueva etapa,
a otros me debo,
el camino y el futuro esperan,
ya están más cerca...**

