

UNIVERSIDAD ACADEMIA HUMANISMO CRISTIANO
Escuela de Trabajo Social

SALUD MENTAL
EN TRABAJADORES DE ATENCION PRIMARIA

ALUMNAS: XIMENA SANTANDER SOTO
CLAUDIA TORDESILLA MATUS

PROFESOR GUIA: OMAR RUZ AGUILERA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ASISTENTE SOCIAL

SANTIAGO, CHILE
2005

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	5
I PARTE	
MARCO TEORICO	16
CAPÍTULO I	
Hacia un Concepto de Salud Mental	23
1.- Atención Primaria y Salud Mental	26
2.- Política de Salud Mental	28
CAPITULO II	
Estructura y Dinámica de los Trabajadores de la Salud	33
1.- Diagrama de las influencias multisistèmica sobre el profesional de salud	34
2.- Equipos de Salud	35
3.- Dificultad del trabajo interdisciplinario	36
4.- Dificultades de los trabajadores de Salud en el ámbito laboral	37
5.- Autocuidado de los equipos	42
CAPITULO III	
Estresores Físicos y Psicosociales que inciden en la Salud Mental de los Trabajadores de Atención Primaria	45
1.- Depresión	51
2.- El estrés y su impacto en el trabajo	58
3.- Factores psico-sociales del trabajo en salud	62
4.- Factores que configuran la carga del trabajo mental y sus efectos	70

CAPITULO IV

Factores Protectores y Actitudes Personales Positivas de Afrontamiento Psicosocial	71
1.- Actitud	73
2.- Optimismo	74
3.- Apoyo social	79

II PARTE

CAPITULO V

1.-Marco Referencial	92
----------------------	----

III PARTE

1.-Análisis de los resultados	93
-------------------------------	----

CAPITULO VI

1.- Resultados de la investigación	98
2.- Características laborales de los trabajadores	104
3.- Condiciones laborales, económicas y sociales en las que se desempeñan los trabajadores de salud	136
4.- Estresores en los funcionarios, que influyen en la atención hacia los usuarios	140
5.- Situación de la salud mental trastornos emocionales que presentan los trabajadores de salud	145
6.- El auto-cuidado en los equipos de salud	148

CONCLUSIONES

1.-Hallazgos relevantes de la investigación	158
---	-----

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Bibliografía	170
---------------------	-----

ANEXOS	189
---------------	-----

INTRODUCCIÓN

Las preocupaciones por efectos negativos del trabajo moderno sobre la salud mental surgen desde inicios de la sociedad industrial; diversos desarrollos teóricos han convergido en las teorías actuales sobre estrés laboral, riesgos psicosociales y depresión. Aunque se afirma que el estrés sería hoy uno de los principales problemas de salud laboral.

La salud y el trabajo son derechos humanos fundamentales, por lo que resulta inaceptable la pérdida de uno de ellos en ejercicio del otro. El trabajo, en nuestra sociedad actual, adquiere una categoría con dimensiones históricas en la humanidad; determina fuertemente la inclusión o exclusión del sistema y se relaciona de una forma directa con la calidad y expectativa de vida de las personas. Desde la antigüedad conocemos que las condiciones y medio ambiente de trabajo pueden ser fuente de enfermedad o salud.

La existencia de riesgos específicos para la salud derivados de las exposiciones laborales para los trabajadores de la salud, es una preocupación cada vez más frecuente en el sector público lo que se expresa en la evaluación de los aspectos organizacionales involucrados en su gestión. Esto se evidencia en una búsqueda de nuevas tecnologías, métodos y herramientas, para mejorar el desempeño institucional y elevar las capacidades organizacionales a fin de efectuar programas eficientes y de calidad.

La importancia de las condiciones de trabajo, implica en otros aspectos la necesidad de la existencia de un adecuado número de profesionales para reducir el exceso de trabajo, implementar los recursos humanos y económicos, que favorezcan los procesos de participación y organización en los centros de trabajo. Así como también reconocer y determinar cuales son los factores que generan problemas de salud mental en los funcionarios que se correlacionan con la calidad de la atención brindada y el propio bienestar emocional de los profesionales.

El Centro de Salud en el cual se realiza la siguiente investigación tiene como finalidad mantener y mejorar la salud de la comunidad en la que está inserto, atendiendo la

diversidad de realidades que presenta la Comuna y de una perspectiva administrativa favorecer una gestión más descentralizadora y flexible. Por otra parte en el marco de las políticas públicas de salud, se asume como elemento doctrinario básico y consustancial que la salud de la población es un bien en sí mismo, que debe ser cautelado e incrementado, puesto que afecta la calidad de vida de la población, la retroalimenta y se hace parte del desarrollo del país.

Del dicho Centro, en ese contexto, interesa conocer la situación de salud mental de los trabajadores puesto que desde la realidad observada en este sector de salud se puede cuestionar el rol asumido hasta ahora por los directivos de salud en la aplicación de políticas de auto-cuidado dirigidas a los trabajadores, las que deberían estar dirigidas a fortalecer el bienestar emocional, laboral, y social del grupo humano, resaltando las relaciones interpersonales, y cohesionando la base social existente. También se ha considerado de gran importancia conocer las motivaciones que tienen los trabajadores de la salud primaria para realizar su trabajo cotidiano en el sector público de salud.

El presente estudio, puede tomarse como otra voz de alerta a los agentes externos que intervienen en distintas áreas de la salud o sectores, para que al momento de tomar decisiones se realice un proceso previo de reconocer e identificar complicaciones de salud mental al interior de las organización de salud.

En el primer capítulo se aborda la salud mental desde un punto de vista teórico desde las distintas disciplinas que la tratan y como se desarrollan (ámbito clínico, psiquiatría, psicología, social y cultural). Además trata acerca del funcionamiento de la atención primaria, salud mental y refiere como es entendida a nivel de política pública, promoviendo la protección y la participación de la salud hacia los individuos.

En el segundo capítulo hace referencia a la estructura y dinámica de los trabajadores de la salud, describiendo las condiciones de trabajo adecuadas para los trabajadores, ya que los factores organizativos y administrativos pueden influir en la

calidad del ambiente laboral.

En el tercer capítulo se da cuenta de los estresores físicos y psicosociales que inciden en la salud mental de los trabajadores de atención primaria

En el cuarto se presentan factores protectores y actitudes personales positivas de afrontamiento psicosocial.

En el capítulo quinto se da a conocer el marco referencial de este estudio.

Y por último se dan a conocer los resultados de la investigación y las conclusiones finales de ésta.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con los resultados de un estudio de la (*Organización Internacional del Trabajo*) OIT, acerca de las políticas y programas de salud mental relativos a los trabajadores de salud, publicado en octubre del 2000, se señala el aumento de los casos de depresión de origen laboral, y el incremento de los costos derivados para las instituciones de salud. Debido al incremento de su fenómeno. El estudio demuestra que los problemas de salud mental se presentan en uno de cada diez trabajadores, con especial incidencia en la depresión, ansiedad, estrés o burn-out (síndrome de quemarse por el trabajo), y en algunos casos extremos llegando al desempleo y a la hospitalización (*Cancino, 2002*).

El informe calcula que, entre un 3% y un 4% del producto interior bruto (PIB) se gasta en problemas de salud mental. En los Estados Unidos, el gasto nacional asociado con el tratamiento de la depresión se sitúa entre 30 mil y 44 mil millones de dólares estadounidenses al año. En muchos países crece la jubilación anticipada debida a problemas mentales, hasta el punto de estar convirtiéndose en el motivo más común para la asignación de pensiones de incapacidad.

El informe refiere los crecientes problemas personales y psiquiátricos que sufren las personas en edad laboral de la mayoría de los países, mediante una serie de estudios detallados por países analiza temas como la productividad laboral, la pérdida de ingresos, los costos de la asistencia sanitaria y de la seguridad social, el acceso a los servicios de salud mental y las políticas de empleo para quienes se encuentran mentalmente enfermos.

Observa que, si bien los orígenes de la inestabilidad mental son complejos y que pese a las grandes diferencias entre los países estudiados en cuanto a prácticas laborales, ingresos y pautas de empleo, parece haber algunos elementos comunes que vinculan la alta incidencia del estrés, el burn-out y la depresión, a los cambios que se están produciendo en el mercado de trabajo, en parte a los efectos de la globalización de la economía.

Según la Organización Mundial de la Salud (*OMS 1986*), 121 millones de personas sufren de depresión en el mundo. En Chile, las cifras dejan de ser una simple estadística para ser un problema de salud pública: 955 mil personas sufren de este trastorno que es equivalente al 6,36 % de la población Chilena. (*S.S.M.C 1996-2000*). La cifra es reveladora porque equivale a la suma de las poblaciones de la Primera y Segunda Región del país. La magnitud del problema es tan significativa que la depresión es considerada como un trastorno de gran envergadura dentro de los problemas de Salud Mental en Chile.

Los trastornos depresivos son la cuarta causa más importante de la carga mundial de morbilidad (*OIT- OMS 1986*). De acuerdo a proyecciones mundiales, se calcula en 70 millones de personas van a contraer depresión y para el año 2025 se prevé que esta patología figurará en el segundo puesto, por detrás de la cardiopatía pero delante de las demás enfermedades que hoy aparecen mas relevantes.

Se puede definir la depresión, clasificada como trastorno afectivo, como una alteración del ánimo en general, que afecta a una persona y puede durar varias semanas o transformarse en una enfermedad crónica sino se trata oportunamente.

Afecta a niños, adolescentes, ancianos, hombres y mujeres. Al parecer existe un grupo más expuesto: las mujeres. Según datos de la (*OMS 2000*), se calcula que, considerando un período de un año, un 5,8 por ciento de los hombres y un 9,5 por ciento de las mujeres presentarán un episodio depresivo, pero también afirma que entre el 60 y el 70 por ciento de las personas con depresión pueden recuperarse mediante una combinación apropiada de fármacos antidepresivos y psicoterapia

De acuerdo a los estudios internacionales (*Plan de Salud de Psiquiatría y Salud Mental 1996-2000*) una de cada 5 personas desarrollara un trastorno emocional en el curso de su vida. La naturaleza de los problemas psicológicos depende de la edad y el genero, las mujeres entre 35 y 64 años sufren trastornos frecuentes, como la depresión.

La prevalencia más alta se presenta en mujeres y con especial incidencia en los

niveles socio económicos mas bajos, puesto que las alteraciones emocionales se relacionan con el nivel de estrés al cual se ve sometida la población y entre estos se encuentra el aislamiento, la pobreza, la discriminación, la falta de oportunidades.

En otras latitudes se ha observado un fuerte incremento de los suicidios y homicidios como resultantes de las alteraciones mentales de la población, fenómeno que aun no impacta en la misma medida en nuestro país, ya que constituyen sólo un 0,6 % del total de muertes.

Las políticas de salud pública se centran no sólo en los ámbitos de diagnóstico, tratamiento y etiología, sino también en la atención epidemiológica, la promoción de la salud, incluidos el fomento de la salud mental, y la prevención de las enfermedades psíquicas. Si bien muchos de los componentes de la salud mental son determinables, no es fácil definir la salud mental en sí. Se trata, sin embargo, de un estado de funcionamiento mental eficaz que se plasma en actividades productivas, relaciones satisfactorias con otras personas y la aptitud de adaptarse al cambio y sobrellevar la adversidad.

Durante mucho tiempo se ha subestimado la carga de los trastornos emocionales en la salud y la productividad en todo el mundo. Los datos obtenidos por el amplio estudio sobre la carga mundial de las enfermedades llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard (1983) revelan que las enfermedades psíquicas, incluido el suicidio, ocupan el segundo lugar en la carga de enfermedad en general. El índice de los años de vida ajustados por discapacidad, recoge los años perdidos de vida sana, independientemente de si la pérdida se debió a una muerte prematura o a una discapacidad.

Dado que los problemas de salud mental afectan todos los campos de la actividad laboral, nos interesa conocer cómo se manifiesta esta situación en el área de los trabajadores de salud y de manera más específica cual es su impacto en los funcionarios del Centro de Salud de Atención Primaria Dr. Norman Voullieme, situado en la Comuna de Cerrillos.

2.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas que guían la presente investigación son:

- 1.- ¿Cual es la situación de Salud Mental de los trabajadores del Centro de Salud de Atención Primaria Dr. Norman Voullieme?
- 2.- ¿Cuales son los factores psicosociales que inciden en la Salud Mental de los funcionarios y cómo se manifiestan en la atención hacia al usuario?

Derivadas de esas dos preguntas centrales, se derivan otras sub-preguntas:

- 1.1.- ¿Cuáles son las condiciones laborales, económicas y sociales en las que se desempeñan los funcionarios de salud?
- 1.2.- ¿Que espacios de recreación tienen los funcionarios de salud?
- 1.3.- ¿Que estresores presentes en los funcionarios influyen en la atención de los usuarios?
- 1.4.- ¿Qué acciones de autocuidado existen en el Centro de Salud?

3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL I:

- Describir la situación de salud mental que presentan los funcionarios del Centro de Salud de Atención Primaria Dr. Norman Voullieme de la Comuna de Cerrillos

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar las condiciones laborales, económicas y sociales en las que se desempeñan los funcionarios de salud.
- Identificar los espacios de recreación que tienen los funcionarios del Centro de Salud.

OBJETIVO GENERAL II:

- Describir los factores psicosociales que inciden en la salud mental de los funcionarios de Centro de Salud y como se manifiestan en la atención hacia el usuario de la Comuna de Cerrillos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar como la presencia de determinados estresores en los funcionarios, influye en la atención hacia los usuarios.
- Describir las acciones de auto-cuidado que se dan al interior del Centro de Salud.

4.- HIPÓTESIS

4.1.- Los funcionarios del Centro de Salud presentan una alta tasa de trastornos emocionales y factores de riesgos asociados a la fuerte tensión laboral a que se ven sometidos.

4.2.- Existe una estrecha relación entre los problemas de Salud Mental de los funcionarios y la calidad de la atención de los usuarios en los servicios de Atención Primaria.

4.3.- No existe una política de auto-cuidado hacia los equipos de salud de atención primaria en el Servicio de Salud.

5.- VARIABLES DE ESTUDIO

Las Variables del presente estudio son:

- Trabajadores de salud
- Salud mental
- Trastornos emocionales
- Auto-cuidado
- Usuarios de atención Primaria de Salud

6.- ESTRATEGIA METODOLOGICA

La presente investigación tiene un carácter descriptivo que se centra en un enfoque empírico psicosocial, y se interesa por la utilidad social que puede lograr.

La investigación pretende describir los procesos de interacción que se dan entre los trabajadores, en el ámbito de la Salud Mental y describir los problemas psicosociales que enfrentan hoy en día los funcionarios de la salud en su ambiente laboral.

Se trata de un estudio de tipo cuanti-cualitativo de carácter descriptivo, ya que se realizarán descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamiento que son observables, además incorpora las opiniones de los sujetos, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos, y reflexiones. (*Hernández, R; Fernández, C, Baptista P; 1991*)

6.1.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La investigación representan a una Población de Estudio de 97 trabajadores varones y mujeres en todos los niveles (profesionales, técnicos y auxiliares) y sus condiciones contractuales (Titulares y contratados a plazo indefinido) de la Región de Metropolitana, del Servicio de Salud Metropolitano Central, Dirección Atención Primaria, Centro de Salud Dr. Norman Voullieme, Comuna de Cerrillos. La Muestra de Estudio seleccionada por muestreo No Aleatorio de tipo intencionado, esta conformado por 30 trabajadores equivalente al 31,2 % del total y se integra de manera proporcional con 20 mujeres y 10 hombres

Respecto a la utilización de la muestra en la investigación cualitativa existe consenso con respecto a la utilización o no de esta, sino que dependerá de las investigadoras.

6.2.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizaron técnicas de carácter cualitativas y cuantitativas.

Las técnicas de carácter cuantitativas son: cuestionario y test de Evaluación de Trastornos Emocionales, (Este instrumento es autoaplicable y ha sido diseñado de la pauta CIE-10 con el fin de medir el grado y /o nivel de carga emocional) lo que implica un conjunto de conductas y comportamientos que expresan las personas sean hombres o mujeres a favor de la salud emocional, el bienestar social, toma de decisiones; y un

cuestionario para recopilar la información referente a los estilos de vida, convivencia laboral, percepción del clima laboral, la identificación institucional y satisfacción laboral de los trabajadores etc. (Ver anexo).

La técnica de carácter cualitativa utilizada es la entrevista en profundidad, aplicada a 18 trabajadores de este Centro de Salud esta es una entrevista que se desarrolló de manera selectiva en el consultorio, en visitas domiciliarias o en espacios convenidos, donde a través de un dialogo entre el entrevistado y el entrevistador, se explican más a detalle el sustento a las respuestas dicotómicas, pudiendo tomarse nota de las respuestas o testimonios de explicación por escrito o en audio

6.3.- PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Antes de iniciado el proceso de aplicación de los instrumentos y recopilación de información, se convocó a una reunión al equipo profesional del Centro de Salud (Director del Centro de Salud, Jefe Administrativo) donde se informó los fines, metodología, procedimientos e importancia del estudio, exponiendo finalmente el manejo de los instrumentos, para luego proceder a su aplicación.

El 10% de un total de 30 trabajadores del establecimiento, los cuales entregan un mayor número de atención a la población beneficiaria, como: Enfermería, Some, Maternal, Pediatría se aplicó para fines de tamizaje cuestionario y test de evaluación de trastornos emocionales.

De los 30 trabajadores tamizados, se identificó a sólo 18 funcionarios del equipo de trabajo a quienes se aplicó la Entrevistas a Profundidad, con grabaciones en audio, recopilación de testimonios. Criterios que se aplicaron, tiempo en trabajo, relaciones al interior de la organización, clima laboral, auto-cuidado, bienestar, etc. (Anexo entrevistas en profundidad)

6.4.- TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico en base a los procedimientos descriptivos.

Para la cuantificación de los resultados se empleó el Programa Microsoft Excel, que facilitó el cálculo, los porcentajes, y las presentaciones en cuadros y gráficas para el análisis descriptivo y cuantitativo.

I PARTE
MARCO TEORICO

CAPÍTULO I

HACIA UN CONCEPTO DE SALUD MENTAL

La conceptualización de la salud mental, se presenta desde una gran diversidad de enfoques: desde los ámbitos clínicos, la psiquiatría, la psicología, las ciencias sociales, culturales.

En el ámbito clínico, por mucho tiempo se ha homologado el concepto de salud mental con el concepto de enfermedad mental, así cuando se piensa y planifica en salud mental, las propuestas y proyecciones empiezan y terminan en enfermedad mental; también se han utilizado los criterios de la medicina tradicional para referirse a la salud mental (Dávila, H.; 1994).

En la psiquiatría se considera que la salud mental:

“Es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades” (Vidal, A; 1986: 45).

En psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un:

“Estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”. También se considera un estado normal del individuo (Davini, Gellon de Salluzi, Rossi, 1968: 42).

En este sentido la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. Por tanto depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida.

En cuanto al *ámbito social* se habla de salud mental comunitaria la cual implica el desarrollo general de los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas y se aseguran los derechos humanos y la atención de trastornos mentales. (OMS 1986)

Culturalmente se habla de la salud mental en términos de tradiciones arraigadas a una nación, tradiciones en las que se incluyen los curanderos, brujos, etc.; a fin de proporcionar y velar por la salud mental de su población. (Ibid.)

El significado que se atribuye es que la salud es un bien de interés público y por consiguiente, es función fundamental del Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

El concepto de Salud Mental que se utilizará para la presente investigación es el planteado por el Ministerio de Salud de Chile.

“ La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí con el medio ambiente, un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, afectivas o relacionales, a sí mismo el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL 2000:40)

La salud mental es un objetivo, un valor positivo, una aspiración de la sociedad y de las instituciones en general. Pero la experiencia empírica demuestra que los trastornos de la salud mental son un problema social y de salud pública, que hoy en día daña la calidad de vida de los individuos. (*op cit*)

Algunas aproximaciones consideran la salud mental como un estado de interacción y equilibrio entre los factores biológicos (características genéticas y fisiológicas de los individuos), psicológicos (aspectos cognitivos, afectivos y relacionales), micro contextuales (interacción entre los individuos y sus contextos de participación e integración social), y macro contextuales (condiciones culturales, sociales, políticas, económicas y ambientales del lugar en que vive el sujeto).

Desde otras perspectivas enfatizan los factores sociales, como el género, la clase social y la situación laboral, en el desarrollo del concepto.

Desde otra mirada lo importante es entender la salud mental como un continuo. Uno es el continuo de la salud mental negativa, que va desde la presencia de trastornos y problemas de salud mental hasta la ausencia de síntomas; el otro es el continuo de la salud mental positiva, que va desde un nivel de salud mental mínimo hasta un nivel de salud mental óptimo. Esta perspectiva introduce la idea de propositividad, es decir, la salud mental no es sólo ausencia de trastornos, sino también presencia de capacidades, competencias, fortalezas, etc. Desde la perspectiva de las políticas sociales, permite pensar una estrategia de prevención de la salud mental por un lado, y estrategias de promoción de la salud mental, por otro. (*Ibid*)

La Salud Mental es una condición y un nivel de funcionamiento social que conlleva dos necesidades: La necesidad de adaptación social y la necesidad de lograr satisfacciones y realizaciones personales. (*Ibid*)

Dentro de la conceptualización de Salud Mental, hay tres actitudes básicas que contribuyen a delimitar este concepto:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos
- Cómo nos sentimos con los demás
- En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud existen algunas características que se pueden encontrar en una persona mentalmente sana:

1.- Las personas mentalmente sanas están satisfechas consigo mismas y esta satisfacción se expresaría en los siguientes indicadores:

- No se sienten presas de sus propias emociones: envidia rabia, temores, amor, preocupaciones, sentimientos de culpa.
- Poseen la capacidad para captar las decepciones y fracasos de la vida sin alterarse
- Su actitud es tolerante para consigo misma y para con los demás
- Ni sobrevaloran ni subestiman sus capacidades y habilidades.

2.- Son capaces de percibir que son competentes para enfrentar las situaciones problemáticas:

- Se sienten bien con los demás
- Capacidad de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- Sus relaciones interpersonales se caracterizan por ser duraderas y satisfactorias.
- Les gusta confiar en los demás y sentir que otros confían en ellos
- Son tolerantes ante diversas e importantes diferencias existentes entre la gente.
- No permiten ser utilizados ni se aprovechan de los demás.
- Se sienten parte de la comunidad

3.- Son capaces de satisfacer las demandas que les presenta la vida:

- Afrontan sus dificultades a medida que se van presentando y a su

debido tiempo

- Aceptan sus responsabilidades
- Modifican su ambiente cuando es posible y se ajustan al mismo cuando es necesario
- Poseen capacidad de proyectarse, de planificar para el futuro, enfrentándolo sin temor.
- Tienen su mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- Utilizan sus aptitudes y capacidades
- Se fijan metas reales y alcanzables
- Pueden tomar sus propias decisiones
- Logran gratificarse cuando ponen lo mejor de sí en lo que hacen

4.- La Persona mentalmente sana se permite vivir positivamente en tres niveles de vida:

- En el mundo social; en el cual entabla relaciones interpersonales.
- En el mundo interno propio; en el que construye su realidad psíquica, fantasías, imágenes.
- En el área de la experiencia cultural; (arte, filosofías, religiones, mitos,), en el cuál adquieren importancia el “saber Jugar” y el “sentido del humor” (*Ibid: 46*)

Los estilos de vida expresan los modos en que un individuo interactúa con su ambiente social y material. Expresan sistemas de valores, individuales y colectivos, y juegan un rol importante en la conformación de la identidad.

Desde el punto de vista de la salud mental negativa, un determinado estilo de vida puede conducir a trastornos emocionales y conductuales severos y estados depresivos crónicos.

Desde la perspectiva de la salud mental positiva, el estilo de vida entrega una identidad sólida, un nivel alto de autoestima, un desarrollo de capacidades, habilidades y competencias psicosociales.

Las condiciones de vida se refieren a la situación estructural en cuanto a nivel de escolarización y capacitación, situación de empleo e ingresos, vivienda y salud.

Por su parte, el apoyo social se refiere a las relaciones humanas en que se intercambian soporte y solidaridad.

Por último, los sistemas de servicios se refieren a la estructura, funcionamiento y calidad de la atención en salud, educación, capacitación, recreación y seguridad.

Según esta definición, la salud mental no es considerada sólo como un rasgo individual, sino como resultado de las interacciones entre los individuos, los grupos y el medio ambiente. Esta perspectiva, posibilita el desarrollo de las políticas sociales, la promoción y la prevención primaria en salud mental con el consiguiente diseño de la metodología de intervención, así como el desarrollo de estrategias de educación para la salud.

De lo anterior, se extrae la preocupación por la salud mental de individuos y de grupos en el entorno laboral se está transformando o debiera transformarse, por su impacto en la calidad de vida y la productividad, en un componente esencial de la política de salud pública.

1.-Atención Primaria y Salud Mental

La Declaración de Alma - Ata de 1978 expresa la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. En dicha Conferencia se establece que la Atención Primaria de Salud (APS) es la estrategia que los gobiernos deben adoptar para lograr el objetivo de:

Salud para todos en el año 2000, entendiéndose por APS a la:

"atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptada, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de auto dependencia y autodeterminación" (OMS/MINSAL 2000: 23)

Para cumplir los objetivos centrales de "Salud para todos", aplicando la estrategia de APS, deben producirse cambios fundamentales en los sistemas de atención sanitaria y en la profesión médica mundial, tendientes a conseguir calidad asistencial, con mejor costo - eficiencia y equidad en los sistemas de salud.

Uno de los cambios fundamentales para el logro de tales objetivos es la transformación del Paradigma en Salud, pasando del modelo biomédico (llamado tradicional dado que es el que se ha aplicado desde los inicios de lo que podría llamarse la medicina moderna) al modelo biopsicosocial, representado por el enfoque de Salud Familiar.

Sin embargo, es necesario hacer algunas consideraciones generales.

El modelo biopsicosocial, tiene sus antecedentes desde los griegos, padres de la medicina occidental, quienes basaron su filosofía médica en la consideración del ser humano como un todo, interactuando estrechamente con el medio que lo rodea. Esta aproximación holística a los problemas y necesidades de la población se perdió con el tiempo, y la aparición de nuevos modelos explicativos de los fenómenos naturales vino a reemplazarla por una visión mentalizada y positivista. (*Abúse, R.; 1989*)

También, pensar que el modelo biopsicosocial reemplaza totalmente el modelo biomédico es arrogante, dado que el modelo biopsicosocial no niega ni desmerece los supuestos de la medicina biológica, más bien viene a ampliar sus horizontes para dar respuesta a necesidades insatisfechas de la humanidad.

Se entiende por Salud Familiar el enfoque donde los equipos de salud desarrollan de forma continuada y compartida funciones y actividades de la APS, en el seno de una comunidad determinada basada en los principios de la Medicina Familiar. (*MINSAL; 1999*)

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la complementación que existe entre el modelo biopsicosocial, representado por el enfoque de Salud Familiar, y la Atención Primaria de Salud, representa una estrategia aceptada por la mayoría de los gobiernos del mundo, incluido Chile, para lograr "Salud para todos". (*MINSAL; 2000*)

La *OMS/MINSAL*, consideran que es indispensable introducir en la atención primaria un componente de salud mental. La atención de salud mental debe considerarse parte de las actividades que se engloban bajo el tratamiento de las enfermedades comunes, y por tanto, es un elemento esencial de toda atención primaria adecuada. La salud mental debe ser objeto de especial interés en todos los aspectos de la acción sanitaria y es un elemento importante de la atención primaria de salud.

Las personas que trabajan en atención primaria, son los responsables de realizar la detección inicial de los problemas psicosociales que afectan a los usuarios, toman las medidas inmediatas para su atención y dan seguimiento al paciente o lo derivan a otros niveles.

Sin embargo, para otros la concepción de salud mental y su aplicación trascienden ampliamente al modelo médico clásico y se integra con el aspecto psicológico y social.

En este campo la salud mental se refiere a las cualidades y las modalidades de la vida de las personas como integrantes de agregados sociales que van desde las familias a los grupos organizados y las clases. Se piensa que la calidad de vida y el nivel de bienestar de las personas están condicionados por su estructura familiar, por su agrupación en conjuntos organizados y también por su pertenencia a la clase.

Dentro de la comunidad es importante coordinar la educación para la salud mental,

con el fin de atender las necesidades de ésta, para elaborar estrategias y programas para el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con problemas de salud mental que vivan en la comunidad y hacer participar a los dirigentes de la comunidad en dichas actividades.

La atención de la salud del paciente es percibida como una responsabilidad compartida entre el médico, el paciente, la familia y otras figuras significativas. El paciente que antes era pasivo, es considerado como agente activo en la atención de su salud, capaz de tomar decisiones trascendentes en relación en el uso de sus habilidades.

2.-Política de Salud Mental

La *OMS* (2000) sugiere que cada país establezca políticas y programas de salud mental fomentando la aplicación de sus conocimientos en la asistencia sanitaria general, el desarrollo social y el mejoramiento de la calidad de vida; estimulando la participación de la comunidad en el desarrollo de servicios de salud mental y fomentando el espíritu de autoayuda.

Una política de salud mental debe tener tres componentes esenciales:

- 1.- Opciones y orientaciones establecidas según prioridades
- 2.- Adopción de estrategias orientadas al logro de objetivos aceptados de común acuerdo.
- 3.- Renovación continúa de dicha política de acuerdo a los resultados obtenidos, las modificaciones en el contexto social y los nuevos conocimientos.

Por su parte, el Ministerio de Salud en su Plan de Psiquiatría y Salud Mental sostiene que las estrategias de un plan de salud mental deben incluir: creación de indicadores propios de salud mental; respeto e integración de la medicina tradicional; programas educativos en salud mental; regionalización y priorización de áreas y grupos con base en diagnósticos regionales; promoción de la conciencia social para identificar problemas,

plantear soluciones y tomar decisiones contextualizadas; formación de recursos humanos. (MINSAL, 1996)

La salud mental tiene que ver con la vida cotidiana, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con diversas actividades recreacionales, en el contacto diario con los demás y en general en la comunidad.

Se considera que la salud mental es la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en que vive, así como la capacidad de participar y contribuir en forma constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social y conseguir una expresión armoniosa en la realización de sus potencialidades susceptibles de encontrarse en conflicto (*op cit*).

En la Atención Primaria de Salud se debe dar prioridad a las poblaciones rurales y urbanas periféricas, a las familias en alto riesgo y a los trabajadores, desarrollando actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Para llevar a cabo la atención en estas poblaciones es necesario elaborar estrategias de acuerdo a programas: de alcoholismo y drogadicción, epilepsia y enfermedades neurológicas, trastornos mentales avanzados, Salud Mental Infantil, Adolescencia y Salud Mental del Trabajador.

El que la persona propicie su auto-bienestar físico y mental es un índice que reporta salud mental adecuadamente orientada, de la que se espera su proyección en la búsqueda de bienestar y crecimiento de su medio ambiente y en su entorno social (*Dávila, H. 1994*).

Las políticas públicas diseñadas a desarrollar la salud mental de la comunidad orientarán sus esfuerzos hacia el logro de la participación comprometida del grupo social objetivo, sin perder de vista la importancia de la individualidad, de esta manera se irá cumpliendo el ideal “una salud mental con todos y para todos” (*Ibid, 1994*). De allí, la necesidad de enfrentar integralmente el problema de la salud en Chile

CAPITULO II

ESTRUCTURA Y DINAMICA DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

El trabajador de Salud es quien desarrolla su labor en el sistema de salud cuyo objetivo es la prevención, el mantenimiento y restauración de la salud.

Muchas veces los roles y actividades desarrolladas por el personal de Salud varían de acuerdo a su tipo de trabajo. Sin embargo, mientras esto se aplica por igual a trabajadores profesionales, no sucede lo mismo con los límites de los diferentes estamentos no profesionales, lo cual genera una mayor diversidad de necesidades y roles que debe asumir cada individuo. Los factores organizativos y administrativos pueden influir en la calidad del ambiente de trabajo, el que muchas veces se ve alterado por recargas de tareas, distribuciones de personal irregulares y pocos fines de semana libres.

Es evidente la importancia de condiciones de trabajo adecuadas para los trabajadores, por lo tanto es necesario que siempre exista un adecuado número de profesionales para evitar el exceso de trabajo, saber implementar en forma eficiente los recursos humanos y económicos e infraestructura, identificar los procesos de participación y organización en los centros de salud y conocer los factores determinantes de los problemas de salud mental en los funcionarios. Estos condicionantes, van estrechamente ligado a la calidad de la atención brindada y al propio bienestar emocional de los profesionales. (Acuña, E. 1982).

El planteamiento de la salud pública se centra no sólo en los ámbitos tradicionales de diagnóstico, tratamiento y causa, sino también en la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud, incluidos el fomento de la salud mental, y la prevención de las enfermedades psíquicas. Si bien muchos de los componentes de la salud mental son

determinables, no es fácil definir la salud mental en sí., como se señaló en el capítulo anterior.

El trabajador de salud se incorpora tanto al ámbito público como privado y su objetivo se cumple básicamente con el trabajo en torno al enfermo y a la enfermedad. Esto implica que el trabajador de salud se encuentra en un contacto directo y permanente con el sufrimiento humano, exigiéndole continuamente un alto grado de auto-control, en términos de que éstas relaciones no le sirven para satisfacer sus propias necesidades de comunicación y le exponen a la angustia que puede generar el contacto con el dolor, el miedo y la muerte.

Son muchos los tipos de trabajadores que constituyen el Equipo de Salud. En los Centros de Salud de Atención Primaria; médicos, dentistas, enfermeras, asistentes sociales, técnicos paramédicos, nutricionistas, matronas, auxiliares de servicio, administrativos, etc. estos trabajadores se caracterizan por su alto grado de responsabilidad y autonomía profesional. Al mismo tiempo la respuesta emocional a las circunstancias que enfrenta, es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena de otros y brindar una adecuada atención. Sin embargo, puede ocurrir una recarga traumática debido a la confrontación con el sufrimiento humano y la muerte, desembocando en determinadas conductas y respuestas emocionales que pueden tener implicaciones en su capacidad laboral, su bienestar emocional y su vida particular (*OPS, 2000*).

Las actividades en salud constituyen un trabajo realizado primordialmente con personas y especialmente con personas que sufren, esta relación constituye una relación interpersonal de carácter terapéutico en la que el funcionario y su afán de conocer y comprender al paciente, sirve de vehículo para activar el proceso de curación. El despliegue de este vínculo terapéutico encierra una alta potencia de exigencia (estrés), haciendo que la vida profesional se convierta en soporte de otras vidas y destino humanos, lo que la hace una actividad laboral particularmente dura y agobiante (*Gestal, 1993*).

El riesgo psicopatológico en las actividades laborales, experimenta una considerable elevación en los trabajos de gran responsabilidad como ocurre en las profesiones de salud. Esto por combinarse una labor de intensa responsabilidad con una disponibilidad continuamente abierta a las necesidades de los otros. En este caso, el problema de salud mental se constituye como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y *Folkman*, 1986 en *Belloch, Sadín y Ramos*, 1995).

Los efectos psíquicos se distribuyen entre alteraciones tales como Trastornos somatomorfos, particularmente digestivo, reacciones vivenciales anómalas., neurosis de carácter y sobre todo, estados depresivos cuyos síntomas centrales son la fatiga, baja en la concentración, la ansiedad y el insomnio (*op cit*).

En este sentido, una de las variables fundamentales que parece central en la aparición de los problemas de salud mental en los funcionarios de salud, es la cantidad y calidad del contacto con personas que sufren y que son receptores del servicio, en éste caso, los pacientes. Es decir, mientras mayor sea la cantidad de tiempo dedicada, mayor es la probabilidad de sufrir agotamiento emocional (*Arellano, M. et al*, 1999).

Los aspectos estresantes de la atención en salud pueden considerarse bajo las siguientes premisas: en primer lugar las formas específicas generalmente encontradas en algunas enfermedades, como la impotencia para contrarrestar el progreso inexorable de enfermedades malignas o de enfermedades crónicas y debilitantes que afectan a la comunidad y abundan en los centros de salud, pueden provocar sentimientos muy arraigados de imposibilidad y desesperanza terapéutica. Los diversos trabajadores de salud son testigos del decaimiento progresivo del paciente afectado por éstas enfermedades crónicas o degenerativas (cáncer, sida, demencia), la empatía e identificación con el paciente puede llegar a ser difícil de mantener; las labores desarrolladas por los trabajadores de salud, tienen como elemento primordial la confianza implícita en el cuidado del paciente, donde la intimidad convierte en un aspecto fundamental. Se le pide discutir

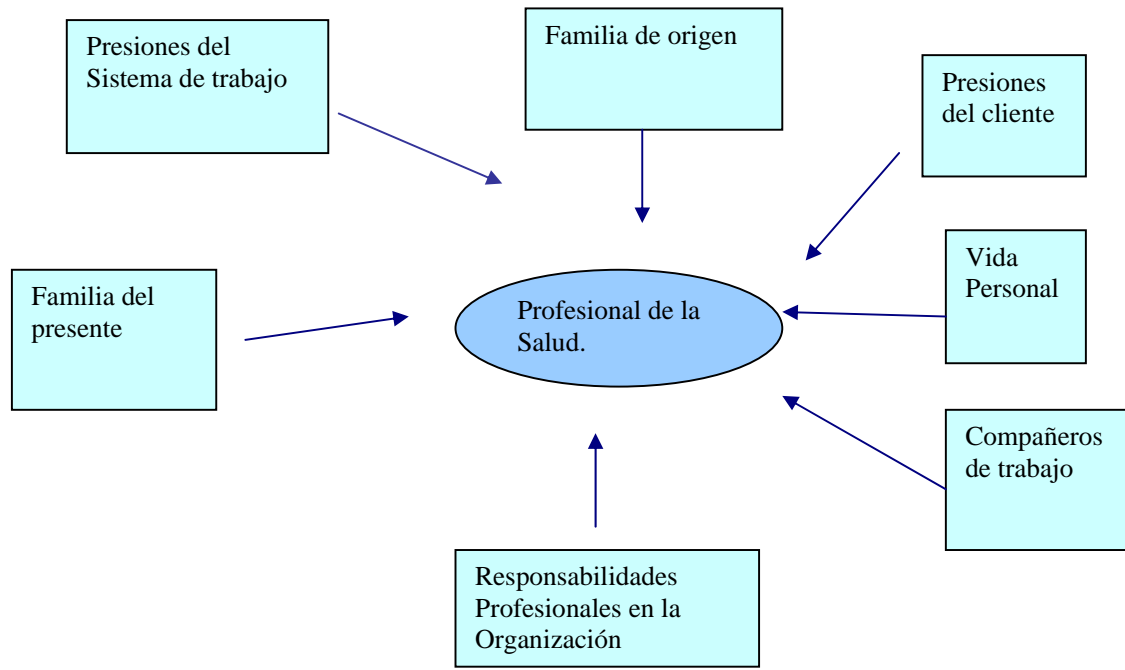
aspectos de la vida privada y permitir procedimientos o investigaciones que pueden resultarle vergonzosas e invasoras de su intimidad.

En este sentido, el personal que trabaja con pacientes terminales, llega a intimar con la muerte, a través de la vida de otras personas. Dichas experiencias pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo, con el cónyuge o la familia, en especial para médicos, enfermeras, paramédicos y demás testigos de la vida humana, a los cuales otras personas no están expuestas.

La relación que se establece entre el trabajador y paciente durante la atención en los Centros de Salud genera relaciones estrechas con el paciente. Sin embargo los procedimientos establecidos parecen restarle énfasis, tal vez como una forma de paliar las experiencias potencialmente perturbadoras para la vida de los pacientes. Probablemente la única forma de establecer un vínculo entre el personal de atención y el paciente, sea la capacidad para descubrir su confianza y responder a ella con una atención sensitiva, competente y compasiva. Sobre el vínculo establecido cualquiera de los dos puede responder inapropiada mente, si están influenciados por experiencias importantes y significativas ocurridas en el pasado. (*OPS, 2000*).

Como una forma de integrar y graficar los factores Psico-sociales que inciden en el ámbito laboral de los trabajadores de salud, se presentan a continuación el diagrama de las influencias Multisistémicas sobre el profesional de salud, elaborado por *Rozas, (2000)*.

1- Diagrama de las influencias Multisistémicas sobre el profesional de Salud



Adaptado por Rozas, G. (2000)

Este modelo muestra diversas variables que inciden en la práctica profesional del trabajador de salud; variables organizacionales tales como el tipo de trabajo, apoyo organizacional frente al quehacer, la supervisión, la vigilancia, los pacientes y las características clínicas, como por ejemplo: pacientes terminales, con dificultad intelectual, con baja capacidad de introspección, tal como reporta *Hayes y Erkis, (2000)*. Aparecen también variables que corresponden a la vida personal del trabajador, tales como influencias de la familia de origen y familia actual, las redes de apoyo, las relaciones con los compañeros de trabajo y el auto cuidado.

2.-Equipos de Salud

Según Martín y Caro (1989) un equipo puede ser definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común; cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus funciones así como los intereses comunes del colectivo, y todos los miembros comparten la responsabilidad del resultado.

En esta definición destaca como punto central la coexistencia de aportes de diversa procedencia que convergen en un objetivo común para el equipo, esto puede ser concebido como una modalidad de trabajo interdisciplinario.

Lavanchy, (1994) señala que las distintas disciplinas trabajando juntas, coordinadamente, intentando crear un espacio de comprensión más integrada de la realidad y sus fenómenos. Se trata de ensamblar los distintos conocimientos y habilidades de tal manera de hacer un marco de referencia articulado, que funcione como tal a través del trabajo de cada una de las disciplinas y de éstas conjugadas.

En el ámbito de la salud se rescatan elementos de estas dos definiciones, la conformación de equipos de trabajo cuya característica central es la interdisciplinariedad. En este sentido el equipo de salud sería constituido como una estructura organizativa y funcional por el conjunto de profesionales y no profesionales que desarrollan de forma continuada y compartida, las funciones y actividades de la atención de salud en el seno de una comunidad determinada (*op cit: 6*). En nuestro país el Ministerio de Salud comparte esta postura al destacar que:

*“Las fortalezas y debilidades del trabajo en equipo está en la heterogeneidad de sus miembros. La suma de disciplinas y experiencias de cada uno, permiten el abordaje integral de los problemas
“(Ministerio de Salud, 1999: 83).*

3.-Dificultades del Trabajo Interdisciplinario

Lavancy y Viada, (op.cit), señalan la importancia de reconocer las necesidades de los miembros del equipo de salud, y destacan que el aporte que puede hacer cada uno de ellos es fundamental. Esta interdependencia puede generar algunas dificultades debido a la poca claridad de cuatro áreas:

3.1.- Problema causado por diferentes metas y prioridades.

En el trabajo de equipo de salud es de vital importancia el definir y conocer sus metas y objetivos. (*Pollack,1978* , en *Lavanchy y Viada, op.cit*), recomienda la participación de todos los miembros del equipo en la formulación de ellas, pues no sólo es importante que las conozcan, si no también el que sean asumidas como propias, de tal manera de beneficiar su identificación con el trabajo. Es en esta parte donde cobra vital importancia la posibilidad de utilizar el diálogo, como una estrategia para llegar a acuerdos en el interior del equipo.

3.2.- Problemas causados por roles y responsabilidades, por el hecho de trabajar juntos diferentes profesionales.

Dentro del trabajo es importante mantener la clarificación de roles, de tal manera de poder identificar las áreas del conocimiento en las que se encuentran preparados cada uno de los trabajadores de la salud. Para así poder beneficiar la integración de los miembros y facilitar las derivaciones.

La clara descripción de los roles al interior del equipo de salud, donde se pueden apreciar las responsabilidades y habilidades de cada uno, podría evitar que surjan áreas de superposición entre los miembros del equipo.

3.3.- Problemas causados por la toma de decisiones.

Dentro del trabajo en equipo cobra vital importancia la participación de cada uno de

los integrantes, donde la utilización de una comunicación efectiva, caracterizada por canales accesibles, seguros y abiertos, es de vital importancia para el beneficio del trabajo interdisciplinario. Sin embargo, tradicionalmente esto no ha existido entre los distintos profesionales, observándose según Bry,(1987)entre ellos barreras teóricas y de lenguajes, además de las siempre presentes barreras impuestas por diferencias de status entre personas (Bry, 1987,citado en Lavanchy y Viada, op cit: 44).

De ahí la necesidad de crear mecanismos grupales eficientes y eficaces de toma de decisiones, resolución de problemas, comunicación, etc.

3.4.-Problemas Inter-personales.

Surgen cuando se funciona en forma independiente, y se expresa en problemas de confianza, de apoyo, etc.

Según *Acuña, (1982)*, las acciones implementadas por un grupo se encuentra relacionada en gran medida con el comportamiento de sus personas. En tal sentido hay que destacar que la naturaleza de los individuos determina condiciones que deben de ser ponderadas adecuadamente para un trabajo efectivo de grupo. En este sentido, cobra vital importancia la motivación de las personas, que podría influir en su participación en el interior del equipo.

4.-Dificultades de los Trabajadores de Salud en el Ámbito Laboral

Desenvolverse en condiciones de salud mental no adecuadas, no conduce necesariamente a la insatisfacción profesional ni a la desmoralización, para ello el trabajador debe disponer de recursos personales adecuados (emocionales, cognitivos, de inteligencia, etc.). Sin embargo un gran número de trabajadores carece y sufren las consecuencias de esta (*Gestal, op cit*).

El estrés profesional provocaría cambios personales, familiares y laborales. En

último término puede llegar a la inhabilitación del trabajador, bien sea por decisión personal o por problemas legales (Krause y Jaramillo 1998).

En relación a los cambios personales se puede destacar la exaltación de las actividades extra laborales, el trabajador de salud busca la compensación al estrés deteniendo su actividad laboral y exaltando alguna extra laboral. La actividad extra laboral se convierte en un escudo que defiende al trabajador del estrés laboral. Al tiempo, la actividad extra laboral ciega y ensordece al sujeto, que soporta la actividad laboral como intervalo necesario entre sus aficiones (*Gestal, op cit*).

La ansiedad e insatisfacción que genera es estrés laboral pueden combatirse con el consumo de alcohol y de psicofármacos (*Hughes y Cols., 1992 en Gestal, 1993*). Los síntomas se alivian momentáneamente y las emociones dolorosas se convierten en placenteras. Otras de las formas de aliviar los síntomas puede ser el tabaquismo, pues se ha hallado una relación entre el estrés en el trabajo y el hábito de fumar (*Kalimo, 1998*).

El estrés laboral y la insatisfacción en el trabajo favorecen y provocan trastornos psíquicos, la interacción entre los factores estresantes y la personalidad del trabajador hace que, por ejemplo, los profesionales del ámbito de la salud posean altos índices de depresión (*Gestal, op cit*).

Un elemento importante dentro de los cambios personales, se refiere al vacío personal derivado del aislamiento físico y psíquico, el vacío emocional y el desapego, la incesante propensión a lo psicológico, la falta de espontaneidad, el agotamiento físico y un agitado horario laboral pueden agotar gravemente las reservas emocionales y psíquicas del trabajador. A menos, que se adopten medidas para reducir al mínimo la influencia de estos actores, su efecto acumulativo puede provocar una creciente sensación de insatisfacción laboral y abrumadores sentimientos personales de sutileza, desesperación y desaliento (*Guy, 1995*).

Con respecto a las consecuencias familiares, podemos apreciar que la tasa de divorcios es relativamente alta dentro de los trabajadores de la salud en comparación a con la población en general. La influencia de la práctica laboral sobre la relación conyugal es lo bastante significativa como para garantizar la evaluación y la reflexión continuada de ambos cónyuges. El propio aislamiento social que busca el trabajador estresado conlleva a una vida paralela que separa lo laboral de la familia, el silencio acerca del origen del aislamiento puede confundir al cónyuge, lo que complica la situación. (*Ibid*)

Dentro de las consecuencias familiares, se destaca la incomunicación, que se refiere al silencio que manifiesta el trabajador estresado, que dificulta la comunicación con la familia. (*Ibid, 1995*).

Otra consecuencia es la hostilidad y ansiedad que genera el estrés, con el tiempo la hostilidad se hará evidente en todos los ámbitos en que el trabajador estresado se relaciona, pero en un primer momento es fácil que sea la familia, especialmente la pareja y los hijos, quienes la sufren (*Gestal, op.cit*) en este sentido se destaca la ponencia de *Morales y Lira, (1998)*, donde se hace referencia a aspectos transferenciales y contras transferenciales del trabajo con personas afectadas por la violencia, que implican el manejo y cuidado respecto de las emociones del equipo. Dentro de estas se encuentra la necesidad de legitimar las conductas agresivas hacia los pacientes, dar cuenta de las agresiones que los pacientes ejercen hacia los terapeutas y equipos, las dificultades de contención del sufrimiento y los límites de esta, y todo ello que algunos han llegado a denominar traumatización secundaria (*Arón y Barudy, 1998 citado en Vilches, 2000*).

Por otra parte las consecuencias a nivel laboral se refieren a una gran variedad de posibilidades, donde se destaca el abandono de la profesión que puede deberse a causas voluntarias o causas legales, lo que tiene una extraordinaria repercusión negativa en la vida familiar. (*Gestal, op cit*)

Una de las consecuencias que más preocupa dentro del trabajo, en salud es el hecho que el trabajador que presenta algún tipo de problema de salud mental dedica menos tiempo

a los pacientes, se puede dar que en la entrevista evite el contacto físico o el contacto ocular (Kalimo, 1998, *op.cit*)

El trabajador participa poco en la vida laboral, sus relaciones interprofesionales son escasas y, a veces, cargadas de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la colaboración y la crítica sana.

El ausentismo laboral, es otra consecuencia del trabajador con problemas de salud mental. Este se puede dar en una primera fase, con una disminución de la actividad en el trabajo y, en una última fase el ausentismo se convierte en la respuesta al agobio laboral. Como fase intermedia, el trabajador puede llegar con retraso al lugar de trabajo, tratando de evitar y disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral. Si el proceso avanza puede llegar a la reconversión profesional e incluso al abandono de la profesión. (Ibid).

Las estadísticas sobre la duración promedio del ausentismo, tanto en Estados Unidos y Chile, son relativamente coincidentes: con 20 días en EE.UU. (*U.S.Labour Statistics Office*) y 21 días en nuestro país.

De allí que sostiene que los promedios son un pálido reflejo de la realidad. El ejercicio laboral del trabajador de la salud puede llegar a generar un estado de cansancio excesivo, como respuesta a un estrés crónico, que se compone de agotamiento emotivo y físico, disminución de la productividad y despersonalización.

5.- Autocuidado de los Equipos de Salud

La actual legislación sobre prevención de riesgos laborales (*Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995*), toma en consideración los aspectos psicosociales del trabajo y su repercusión sobre el bienestar físico, mental social y el autocuidado de los equipos de salud, de la persona, aunque todavía escasean los estudios empíricos que analicen estos aspectos y propongan modelos explicativos y de intervención.

En un estudio realizado en 1998, por la Universidad de Chile, al equipo de salud mental primaria, del Consultorio N° 1, Comuna de Santiago, del S.S.M.C., si bien la gran mayoría de los profesionales de la muestra se dicen afectados psicológicamente, se contraponen con los resultados del test que deduce que no se encuentran gravemente afectados, puesto que un porcentaje muy bajo de la muestra presentó sintomatología. Además se plantea en este estudio que no existe preocupación real, de parte de las instituciones, por crear espacios que permitan el autocuidado, el porcentaje que respondió que si a la existencia de estos espacios, lo atribuyó a instancias informales que se daban ellos mismos, como profesionales, en respuesta a esta necesidad.

No se visualiza una relación explícita entre el malestar percibido y la deficiencia de métodos formales de autocuidado, mas bien este malestar está relacionado con las malas condiciones laborales. La sobrecarga laboral no permite establecer horarios constantes y periódicos para el desarrollo de espacios formales de autocuidado de los equipos de salud mental. (*Csociales, Chile, 1998*)

El concepto de autocuidado tiene su origen en la salud pública y más específicamente desde la práctica de la enfermería. Según González y Arriagada, (1999). Señalan que el autocuidado se constituye de aquellas actividades que realizan los individuos, las familias, o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario.

Los mismos autores definen tres niveles de necesidades (Universales, de Desarrollo y Desviaciones de la Salud) frente a las cuales surgen las prácticas y significados asociados al autocuidado.

Existen distintos tipos de unidades de significación de autocuidado. Según los citados autores, podrían considerarse las siguientes unidades de significado: Medidas y prácticas de autocuidado; conocimientos; obstaculizadores y facilitadores del autocuidado.

Cada una de las personas que constituyen la fuerza laboral del país deberían tener una cultura del autocuidado, esto implica la transferencia al individuo de la responsabilidad del cuidado de su propia salud entendida como ese continuo que no reconoce diferencias absolutas entre las horas de ocio, el trabajo o el estudio, no en cuanto a la responsabilidad del sostenimiento económico del sistema de salud, sino en cuanto al cumplimiento de las acciones directas de prevención y mejora de la calidad de vida.

En términos del sistema de prevención de riesgos, la generación de esta cultura será posible si se toma la decisión no sólo de realizar una fuerte inversión en prevención, sino de direccionar ese gasto de prevención hacia una estrategia orientada a la cultura del autocuidado.

Para el *Instituto de Seguridad del Trabajo (IST 2005:8)* el autocuidado en el trabajo puede ser definido:

“como un conjunto de competencias laborales que permiten a un trabajador tomar buenas decisiones al enfrentar riesgos sobre la base de valores internalizado y desarrollar prácticas y hábitos que le permiten mantener e incluso mejorar pro activamente su propia seguridad y salud”.

El personal de salud es altamente vulnerable a presentar síndrome de estrés profesional o trastornos emocionales, los que se caracteriza por cansancio emocional, despersonalización y sentimiento de inadecuación profesional y personal al puesto de trabajo. El cansancio emocional se manifiesta por la sensación de agotamiento físico y psicológico con fatiga crónica y la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás. La despersonalización consiste en una actitud de frialdad y distanciamiento de los pacientes como mecanismo defensivo ante el agotamiento. La inadecuación profesional y personal al puesto de trabajo es un sentimiento de incapacidad para responder adecuadamente a las demandas laborales, que deriva en comportamientos de aislamiento social, bajo rendimiento laboral y estado de ánimo disfórico.

Si bien se han identificado distintas nociones y teorizaciones en relación a los riesgos de equipo, y autocuidado, todas estas perspectivas destacan la necesidad de desarrollar intervenciones orientadas a promover la salud de las personas que trabajan con personas y su sufrimiento, velando por la eficacia de la tarea que desarrollan.

CAPITULO III

ESTRESORES FISICOS Y PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES DE ATENCION PRIMARIA

1.- La Realidad Cotidiana del Trabajo y la Patología de las Profesiones

El trabajo como factor patógeno fue reconocido científicamente desde la época de *Ramazzini*, quien, a comienzos del siglo XVII, sienta las bases de la patología de las profesiones.

Las peculiares condiciones socioeconómicas de América Latina, con su distorsionado y desigual desarrollo económico e industrial, marcan una evolución dispareja en lo que a salud de trabajadores se refiere. Como bien subraya *Laurell (1993)*, la realidad cotidiana del trabajo ha sido un aspecto de poca relevancia, no solamente de la mirada salubristas sino también de la mayoría de los observadores y analistas de la sociedad.

Esta situación se acentúa en el plano de la salud mental. Las manifestaciones iniciales de deficiencia de la salud, lo que se denomina preliminares de enfermedad (síntomas inespecíficos, estrés, depresión) y cuyo reconocimiento proviene de los estudios sobre medida preventivas en la esfera de la higiene del trabajo. (*Bermann, 1972*)

Los Trastornos Emocionales son una conducta afectiva no sana, frente a un estímulo estresante, que genera sufrimiento en la persona que lo vive y en su entorno social. Fenómeno que es variable en la intensidad y en su duración, lo que determina su nivel de complejidad, leve, moderado o grave.

La alteración fundamental de estos trastornos es de la afectividad o el humor, por lo general en el sentido de la Depresión (acompañado o no de ansiedad) o en el de la euforia y el estrés.

La fuerza laboral es la más propensa a los trastornos emocionales más comunes depresión y el estrés, el que afecta a más del 20 por ciento de las personas activas, constituyéndose en una realidad ineludible.

2.- DEPRESIÓN

La depresión es un Trastorno Emocional muy frecuente, su prevalencia es de 1 por cada 10 personas adultas, lo que la convierte en más habitual que la diabetes. Pero es imperativo diferenciar la depresión de las sensaciones de infelicidad, abatimiento, desmoralización y desánimo, que se presentan en el transcurso de la vida de los individuos y pertenecen a sus reacciones o estados vivenciales normales. Estos sentimientos no definen por sí solos la depresión; ésta tiene un patrón clínico concreto. (*Universidad de Chile, Facultad de Medicina, 2005*)

Casi todas las personas que sufren depresión presentan como síntomas principales:

- Permanente estado de tristeza
- Una pérdida en la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas
- Una reducción de la energía o vitalidad, manifestada por cansancio exagerado.

Se calcula que uno de cada seis adultos experimenta Depresión en el curso de su vida y se sospecha que en el año 2020, entre las diversas patologías que afectarán a las personas, ésta será la segunda causa de morbilidad a nivel global.

La depresión en Chile representa un costo anual aproximado de 124 mil millones de pesos, según cálculos registrados en los años 1990, mientras que las estadísticas indican que hay alrededor de 1.000 suicidios en el país cada año. (*Ibid, 2005*)

Casi el 90% de los pacientes deprimidos presenta alteraciones que van desde moderadas a severas en los distintos campos de acción, incluido el trabajo, hogar, relaciones interpersonales y funcionamiento social.

2.1.- Otras alteraciones

- Disminución de la atención
- Pérdida de la confianza en uno mismo
- Sentimientos inapropiados de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva sombría del futuro
- Alteraciones del sueño
- Disminución o aumento del apetito.

Cualquier persona que tenga dos o tres de los síntomas principales o tenga cuatro o más de los síntomas adicionales, en forma continua por más de dos semana, probablemente esta sufriendo una depresión.

La depresión puede aparecer a cualquier edad, pero los dos grupos de alto riesgo son los adolescentes y adulto mayor.

De todos los síntomas sin duda el más grave es el relacionado con ideas de autoeliminación, que puede ser la antesala al suicidio.

2.2.-Teorías Acerca de las Causas de la Depresión

De lo expuesto, se desprende que en general la depresión no tiene origen en una causa única, y que su presencia se puede relacionar la presencia de una combinación de factores genéticos, psicológicos y del medio ambiente.

En este sentido, los factores genéticos tienen un papel importante, existe una alteración en los neurotransmisores especialmente cuando baja la serotonina. Los rasgos o

personalidad también juegan un papel importante. La autoestima baja, estados de ánimo pesimista de sí mismo, las personas muy rígidas u ordenadas y responsables están más propensas a sufrir depresión. También situaciones externas como una pérdida, una enfermedad crónica, una relación problemática, problemas financieros, problemas laborales, cualquier cambio indeseable en la forma de vivir puede desencadenar una depresión.

2.3.- ¿Pueden unas condiciones laborales no satisfactorias causar depresión?

Para la mayoría de las personas el trabajo les aporta una estructura en su vida diaria y la oportunidad para hacer amigos, así como una forma de aumentar su autoestima y su sentido de competencia. Para la inmensa mayoría de la gente un trabajo fijo y bien pagado puede ser de gran beneficio reduciendo el riesgo de depresión y generándoles felicidad. No resulta por tanto sorprendente que aquellos que se han quedado parados recientemente o que llevan muchos meses sin trabajo presenten un mayor riesgo de desarrollar una depresión que los que continúan empleados.

Trabajar, por tanto, tiene un gran impacto beneficioso sobre la salud mental, aunque existen algunas circunstancias en las que la situación no es exactamente así. Aunque no está claro que unas condiciones laborales adversas puedan directamente causar una enfermedad depresiva, lo que sí parece cierto es que una presión y un estrés excesivos en el trabajo pueden combinarse con otros problemas del paciente, tales como la presencia de dificultades en casa o de acontecimientos vitales adversos recientes, y contribuir al desarrollo de una depresión.

La información disponible nos permite afirmar que cierto tipo de trabajos se asocia con un aumento del riesgo de insatisfacción laboral y de estrés. Unas condiciones laborales inadecuadas, tales como oficinas con un espacio físico reducido y un ambiente congestionado, las fábricas ruidosas, y las tiendas calurosas y mal ventiladas pueden contribuir a la aparición de estrés y tensión.

Algunos aspectos del propio trabajo pueden ser importantes. Aquellos trabajos en los que un empleado se siente con pocas oportunidades para utilizar sus conocimientos, habilidades o destrezas, o los trabajos que son repetitivos o rutinarios, parecen particularmente propensos para dar lugar a insatisfacción laboral y baja autoestima. La incertidumbre sobre si se desarrolla adecuadamente el trabajo, o sobre cambios futuros en el empleo, puede dar lugar a sentimientos de preocupación y tensión. Los jefes difíciles que intimidan y critican continuamente a sus empleados empeorarán cualquier sentimiento de inseguridad existente en los mismos.

Los empleados que consideran que no pueden opinar sobre la forma en que su trabajo está organizado o que piensan que las decisiones son impuestas desde arriba estarán predispuestos a la frustración. La introducción de sistemas informáticos tiene efectos beneficiosos en la eficiencia de las empresas al ahorrar considerable cantidad de tiempo, pero, al mismo tiempo, conlleva más presión para la realización de los trabajos y demanda decisiones más rápidas, que pueden dar lugar a estrés entre los empleados. La informatización de las empresas también tiene consecuencias de gran alcance en la forma en que éstas han sido estructuradas, lo cual puede en sí mismo afectar a la gente que trabaja en las mismas.

Cada organización o institución debiera considerar el desarrollo de una política específica de "salud mental". Tal política debería tener como objetivo el lograr un ambiente laboral dirigido a la prevención de la depresión y otras enfermedades mentales, así como a su tratamiento precoz y efectivo. Este tipo de política se espera que mejore el rendimiento global de la organización y de los empleados en particular y que reduzca los costos generados por las ausencias y bajas laborales secundarias a muchas enfermedades físicas, además de las causadas por la depresión. (*Lazarus y Folkman, 1984.*)

Existen cuatro áreas principales sobre las que concentrar dichas políticas:

1. Aumento de la concienciación.

Cada miembro de la organización, desde el gerente hasta el último empleado, debe ser consciente de la importancia que tiene la identificación y la ayuda de aquellos

compañeros que puedan estar sufriendo una depresión. Es también fundamental que todo el mundo comprenda que una acción positiva puede dar lugar a grandes beneficios tanto individuales como para la empresa en general.

2. Educación sanitaria de los empleados.

Los empleados se beneficiarán de conocer temas de salud mental y de aprender técnicas para la reducción del estrés. La instrucción en la gestión del tiempo y el entrenamiento asertivo pueden beneficiar a todos los empleados protegiéndolos de la depresión y de otras alteraciones mentales. La identificación de aquellos empleados que precisan asistencia puede mejorarse educando al colectivo de trabajadores en el reconocimiento precoz de la depresión, y sobre qué circunstancias hacen a la gente más vulnerable para desarrollar dicha enfermedad. Es particularmente importante enfatizar el hecho de que lo más probable es que la depresión no afecte de forma permanente la capacidad de la persona para trabajar.

3. Reorganización de la organización

La forma en que una empresa está organizada y funciona es probable que tenga un efecto sobre la salud mental de sus trabajadores. Áreas importantes a considerar son: el ambiente físico del trabajo, las responsabilidades inherentes al empleo desempeñado y el nivel de supervisión del mismo, la selección y el entrenamiento de los trabajadores, así como la preparación del personal para un trabajo en particular. Un cuidadoso análisis de este aspecto mejorará la satisfacción laboral de cada empleado en particular y el rendimiento de la empresa en general.

4. Servicios de salud laboral.

Los departamentos de salud laboral necesitan estar íntimamente involucrados con la gerencia de las empresas para el desarrollo de programas educativos, para el colectivo de trabajadores, incluyendo directivos, en la prevención y detección precoz de la depresión. Los servicios de salud laboral de las empresas también tienen un papel claro en la identificación, apoyo y tratamiento de los empleados

deprimidos y en la facilitación de su retorno a su puesto de trabajo, una vez superado el trastorno afectivo. Además, el personal de salud laboral tiene experiencia en temas sensibles como la confidencialidad en el lugar de trabajo, las condiciones de seguridad laboral, y sobre cuando es el momento adecuado para regresar de forma parcial o total al trabajo. También están familiarizados con los estreses y presiones particulares del ambiente laboral específico de la empresa. La forma exacta de desarrollo de un programa dependerá de la naturaleza de la empresa así como del tamaño de la organización. Cualquier organización puede, sin embargo, mejorar la gestión de sus recursos humanos de esta forma, con beneficios realmente importantes tanto para la empresa como para los empleados. (*Ibid*)

3.- EL ESTRÉS Y SU IMPACTO EN EL TRABAJO

El estrés es considerado una de las enfermedades más importantes de los últimos tiempos y como resultado de la globalización y el desarrollo económico vertiginoso experimentado por algunas naciones en el mundo.

Cuando se habla del estrés se hace referencia a un fenómeno con dimensiones fisiológicas y emocionales. Además se puede distinguir entre estrés fisiológico o biológico (movilización general del organismo frente a un agente de estrés) y estrés psíquico (movilización psíquica ante un agente de estrés). Sin embargo, con esta distinción se oculta una de las claves necesarias para la comprensión del estrés: la continuidad existente entre el ámbito físico y psíquico. De hecho, se pueden establecer unas determinadas reacciones, consecuencias o estímulos de naturaleza fisiológica y otros de naturaleza psicológica. Estos aspectos son fácilmente diferenciables; no así otros aspectos más dinámicos o de más difícil aprehensión, como son los procesos y relaciones que se establecen entre estímulos - reacciones - consecuencias y que no permiten separar y distinguir tan claramente el ámbito fisiológico del psicológico. Además, en la realidad humana, los aspectos físicos y psíquicos no siguen procesos paralelos ni aislados sino que aparecen interrelacionados e interactuantes. (*Mc Grath 1970.*)

El origen del estrés es muy variado. En los países industrializados se acentúa por la creciente automatización, y, en los países en desarrollo, por la rápida urbanización y la creciente mecanización de la industria. En ambos casos, la producción en masa exige tareas repetitivas y monótonas, con escaso control de lo que ocurre en el trabajo.

Una definición del autor ya citado que tiene gran aceptación y que permite identificar al estrés como:

“Un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”. (Ibid.:785)

Esta definición hace referencia a un proceso homeostático que es resultado del balance entre las demandas de la realidad y la capacidad de respuesta del individuo, siendo modulado este balance por la percepción que el individuo tiene de sí mismo y del mundo.

McGrath, citado por otros autores como *Stoner y Wankel (1989)*, incluye en sus definiciones el balance producido entre lo que el individuo necesita, espera o a lo que aspira y lo que la realidad (en este caso, laboral) oferta para satisfacer esas necesidades, expectativas o aspiraciones.

El estudio de la relación entre salud mental y trastorno emocional se complica por el elevado número de variables a considerar. De cualquier forma, debe tenerse en cuenta que las experiencias pasadas, los factores genéticos y las actuales condiciones de vida en general, constituyen la base del modo en que cada persona experimenta e interpreta esas influencias y que estas características dependerán de las reacciones del individuo ante el estrés. (*Stoner, J. Y Wankel, C...; 1989*)

Una de las observaciones importantes, es la exposición colectiva de los trabajadores a las influencias estresantes del mundo laboral y que por lo tanto, no hay que exagerar las diferencias individuales hasta el punto de considerar secundaria la intervención preventiva en las condiciones de trabajo, con orientación de grupo bien que, cuando la influencia de un factor estresante es intensa, es menor la importancia de la variabilidad individual. *(La Tercera, 2002)*

Por otra parte es importante reconocer la valoración positiva del trabajo que integra a la persona al conjunto social en una actividad que se considera valiosa, brinda la oportunidad de adquirir aptitudes y conocimientos, relaciona al sujeto con un medio social al que se siente integrado, facilita el desarrollo de diversas facetas de la personalidad, organiza el tiempo y permite resolver las necesidades básicas por su compensación financiera. “Así pues, muchos de los integrantes esenciales de satisfacción, salud y bienestar en la vida están intrínsecamente vinculados con el trabajo y la profesión.

3.1.-Presión del Trabajo y Estrés

Hasta no hace mucho se creía que las enfermedades de “los nervios” o vinculadas con el estrés, como se dice, eran privativas de los “jefes” o ejecutivos; parecían un lujo que los trabajadores no podían permitirse. Ha quedado demostrado que la presión del trabajo afecta a todos los trabajadores, y se acrecienta con las diferencias socioeconómicas. Los trabajadores, especialmente de la salud, son los que corren mayor riesgo, como se aprecia no sólo en las estadísticas de mortalidad sino en las de morbilidad. *(Portal Universia Chile., 2001).*

La existencia de gran número de dolencias psicosomáticas, producto de los apremios y exigencias de la sociedad actual, y muy en especial en lo referido al ámbito laboral, sujeto a incesantes transformaciones en la organización y en las demandas del trabajo.

En este auge del término también tienen gran importancia sobre la dinámica interrelacional que se establece en el individuo entre el ámbito físico y psíquico, de la que tal vez, el estrés, sea su más claro exponente.

Esta amplia utilización de la palabra, sin embargo, no tiene como resultado su clarificación (es decir, su alusión precisa a una determinada etiología o sintomatología) sino que por el contrario, el término estrés es utilizado como una amplia variedad de estados entre los que se encuentra el individuo afectado por muy diversas presiones. Por todo ello, a la hora de hablar de estrés nos encontramos con grandes dificultades tanto para definirlo, acotarlo o explicarlo como para encontrar una metodología para medirlo. El origen de estas dificultades tal vez radica en la compleja naturaleza de este fenómeno. Esta complejidad se produce tanto por la multitud y la variabilidad de las causas que lo provocan (sujetas a la interacción de varios factores) como por sus consecuencias con manifestaciones psicósomáticas e implicaciones en la conducta del individuo y con una gran variabilidad interindividual. Además, constituye una dificultad el establecimiento de relaciones causa-efecto directa o el establecimiento de una secuencia temporal en su desarrollo.

(Lazarus, y Folkman, op.cit).

El mundo ya es de una determinada manera, pero se pueden encontrar las herramientas necesarias para lograr un mayor bienestar.

Desde los años 60, numerosos investigadores propusieron escalas para medir y cuantificar el estrés. Sin embargo todos fallaron por una u otra razón. Muchas veces ocurría una confusión al calificar una entidad como causa o inductor.

A partir de la década de los 80, se purificaron los estudios sobre esta nueva enfermedad. Se determinó que, gran parte del estrés del individuo sumergido en las grandes y aglomeradas urbes, proviene de situaciones crónicas y repetitivas en la vida. Esto abarca un vasto universo de acontecimientos mayores y menores como fuente y desencadenantes

del estrés. Aquí se incluyen aburrimiento, tensión continua en la situación familiar, insatisfacción profesional, falta de progreso personal, aislamiento, soledad, pérdida del sentido de la vida, ausencia de compromiso por algo o por alguien.

Los investigadores *Lazarus y De Longi, (1993: 29)* prefirieron elaborar un listado no excluyente, focalizando el estrés desde lo más general a lo particular. Las agruparon en molestias, presión, frustración y conflicto.

1.- Molestias: Se definen como pequeños disgustos, irritaciones y frustraciones sufridas constantemente a lo largo de la existencia terrenal. No desencadenan directamente el estrés, pero sí provocan descalabros necesarios en el individuo que dan lugar a ese estado. Esto permite demostrar que son los acontecimientos del día a día, y no los más dramáticos, los más significativos en esta enfermedad.

2.- Presión: Es sentir que se debe acelerar, intensificar o cambiar la dirección de la propia conducta y del rendimiento personal. Puede surgir desde el propio interior de individuo (metas e ideales personales) o derivar de las demandas externas (competencia). Puede ser positivo, si impulsa a la persona a aumentar su rendimiento y hacer las cosas de la mejor manera posible. Sin embargo, tanta presión puede resultar nefasta si no se logran cumplir con exigencias personales, laborales, familiares, de amigos, de entorno y económicas.

3.- Frustración: Situación creada por la imposibilidad de conquistar una meta. Es una causa multifactorial, pues son obstáculos para alcanzar ese objetivo que pueden provenir del medio externo (impedimentos), ser emanados por el propio individuo como deficiencia, o bien por la lucha interna entre dos o más elementos dentro de la misma persona (atracción, evitación).

4.- Conflicto: Se define como la presencia simultánea de demandas, oportunidades, necesidades o metas incompatibles entre sí. Esto obliga a descartar algunas metas, posponer necesidades y oportunidades, o aceptar que no se puede abarcarlo todo y tener que ceder en más de una cosa.

Según la Organización Mundial de la Salud (*OMS*), el ser humano es una unidad Bío-psico-social. Por lo tanto, no es sólo el cuerpo lo que debe lograr la armonía, sino también la mente y el entorno que lo rodea. Recién ahí puede hablar de bienestar, que trae con ello la salud.

3.2.- Proceso Estímulos-Consecuencias (Estresores)

La utilización de los términos estímulo o estresores, para referirnos a cualquier aspecto que constituya un factor de desequilibrio en el individuo. Estos aspectos de los que se hace referencia pueden ser tanto relativos a las características de su trabajo como ciertas características de las personas y los denominados "Estresores" por ser susceptibles de provocar o facilitar el estado de estrés. La actuación de estos en la generación del estrés es debido a su intensidad o magnitud, a la acumulación de varios de ellos o a su prolongación en el tiempo. (*Hause, 1981*)

Lazarus y Folkman (1984) señalan que existen ciertas características que parecen determinar el que una situación devenga como estresante, entre ellas se destacan: el cambio o novedad, la falta de información, la no predicción, incertidumbre, ambigüedad, inminencia, duración y significación para la persona, entre otras. Al igual destacan las condiciones biológicas del organismo y la carencia de habilidades para hacerle frente.

Estos estresores pueden aparecer en diferentes contextos, ya sea laboral, familiar o social y pueden ser de tipo biológico o psicosociales. Ambos tipos de estresores provienen tanto de estímulos externos a la propia persona como de aspectos internos.

Los estresores internos pueden ser estímulos de características físicas, como la sensación de malestar por mala digestión, el dolor producido por una herida, una enfermedad; o de características más cognitivas como el recuerdo de una situación desagradable, pensamientos sobre la propia inutilidad o lo difícil que puede ser el futuro inmediato, sentimientos de culpa, ambiciones no conseguidas.

Los estresores externos también pueden provenir de aspectos físicos como la temperatura ambiental extrema, ruido o la luz intensa; o implicar aspectos cognitivos, por ejemplo: ver que dos personas hablan en voz baja y de vez en cuando lo miran y se ríen. Aunque funcionan como estresores tanto los aspectos físicos como los cognitivos, estos últimos son más frecuentes e importantes.

Las exigencias y características del trabajo y de su organización, pueden ser factores desencadenantes del estrés. La naturaleza de estas demandas daría origen de forma primordial y por encima de todo lo demás, el estrés.

Según esto, el estrés tendría su origen en el tipo de demandas exteriores que se producen. Sin embargo, la consideración única de estos aspectos exteriores dejaría sin explicación las diferentes reacciones individuales de sujetos en una misma situación laboral.

4.- FACTORES PSICO-SOCIALES DEL TRABAJO EN SALUD

Según *Avendaño* (Citado en *Gray, 1992*) existiría evidencia suficiente para relacionar los factores psico-sociales del trabajo en salud, y como éstos, a su vez, podrían servir de indicadores precoces de problemas en la salud. Desde esta perspectiva son muchos los indicadores que podrían ser estudiados, pero según la bibliografía los que a continuación se expone, son aquellos que han generado un aporte más significativo al campo de la salud (*Gray, 1992; Kalimo; 1998*).

4.1.-Factor Organizacional; un aspecto relevante de la organización del trabajo tiene relación con las características de la jornada de trabajo, como la extensión, la existencia de turnos y la intensidad de las cargas laborales (*Gray, op cit*).

En relación a los trabajos por turnos y el trabajo nocturno, según *Gray, (1992)*, y *Hadziolova (en Kalimo, 1998)* se podrían apreciar graves consecuencias sobre la salud del trabajador, destacándose efectos físicos y psíquicos tales como: alteraciones del sueño,

fatiga, alteraciones de la libido, alteraciones del apetito, dolores musculares inespecíficos, jaqueca y mareos, irritabilidad y nerviosismo, alta de concentración, obesidad, hipertensión arterial, trastornos digestivos.

Con respecto al trabajo nocturno, desde el punto de vista social se podrían observar una disminución en el rendimiento profesional, un aumento de la gravedad de los accidentes de trabajo, aumento en el consumo de psicotrópicos, todo esto podría ser asociado a una fatiga excesiva ocasionada por este tipo de trabajo (*Gray, Kalimo, op cit*).

Respecto a la jornada de trabajo surge la necesidad de hablar de las cargas laborales que pueden ser físicas y psíquicas. En este sentido las diversas actividades laborales implicarían una actividad mental, que puede ser más o menos compleja según el tipo de tarea que involucra, es aquí donde surge el concepto de carga mental, según *Díaz*, (en *Gray, 1992: 32*), “considera las características de los trabajadores y la situación misma de trabajo” Los factores que favorecen la aparición de efectos negativos de la carga mental pueden ser:

- Altos requerimientos.
- Bajos niveles de exigencias.
- Circunstancias extremas.

4.2.-Profesión: De acuerdo a lo anteriormente descrito, las profesiones relacionadas con la salud se consideran como de alto riesgo frente al padecimiento de agotamiento excesivo, y consecuencias del estrés laboral (*García en Buendía, 1993*). En este sentido, el trabajo con pacientes significa un doble reto, ya que no solo se requiere de un alto nivel de eficiencia, sino también un compromiso personal en el cual afectan las propias emociones y necesidades.

4.3.-Edad y sexo: para *Gray (op cit)* los efectos producidos por la organización del trabajo, descritos anteriormente, podrían agravarse por influencia de la edad y la antigüedad del profesional integrante del equipo de salud.

Al estudiar las situaciones generadoras del estrés en el trabajo, los investigadores se

han concentrado en los jóvenes que acaban de iniciar su vida laboral o en las personas cercanas a la jubilación o ya jubiladas, sin considerar a los trabajadores de edad media. En este sentido las investigaciones se refieren a la carga física y mental percibida por los propios sujetos y la sensación subjetiva de fatiga. Los trabajadores mayores de 40 años tienden a estimar la carga de trabajo como mucho mayor que los sujetos más jóvenes, Además, en lo que se refiere al trabajo por turnos, a los trabajadores de más edad les resulta cada vez más difícil ajustarse (*Hadziolova citado en Kalimo, 1998*).

Con respecto a la variable sexo, para *Esparza*, en *Arellano y Navarrete (1999)*, las mujeres sobrellevan más situaciones conflictivas en el trabajo, manifestando mayores problemas de trastornos emocionales pues enfrentarían simultáneamente tareas laborales y domésticas. En este sentido, *Hadziolova* plantea que las mujeres pueden afrontar el estrés de manera más reducida desde el punto de vista fisiológico, presentando menos síntomas físicos, pero a un costo psicológico más alto (en *Kalimo, 1988*).

4.4.- Carga Mental en el Trabajo

La realización del trabajo comporta la aplicación de diversas capacidades y destrezas físicas y mentales. Aparentemente, muchos trabajos parecen «cómodos y descansados», ajenos a presiones de tiempo y de producción, exentos de esfuerzos inadecuados por exceso o por defecto; pero esto puede ser una mera apariencia que, en ocasiones, no se corresponde ni con la realidad, ni con la percepción de quienes desempeñan tales trabajos, ni con las diversas molestias y el cansancio que refieren.

La carga de trabajo mental es un concepto que se utiliza para referirse al conjunto de tensiones inducidas en una persona por las exigencias del trabajo mental que realiza (procesamiento de información del entorno a partir de los conocimientos previos, actividad de rememoración, de razonamiento y búsqueda de soluciones, etc.). Para una persona dada, la relación entre las exigencias de su trabajo y los recursos mentales de que dispone para hacer frente a tales exigencias, expresa la carga de trabajo mental. (*OIT, Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1986*)

La carga de trabajo mental remite a tareas que implican fundamentalmente procesos cognitivos, procesamiento de información y aspectos afectivos; por ejemplo, las tareas que requieren cierta intensidad y duración de esfuerzo mental de la persona en términos de concentración, atención, memoria, coordinación de ideas, toma de decisiones, etc. y autocontrol emocional, necesarios para el buen desempeño del trabajo.

Las capacidades de la persona, referentes a las funciones cognitivas que posibilitan las operaciones mentales, constituyen sus recursos personales para responder a las demandas del trabajo mental. Las capacidades de memoria, de razonamiento, de percepción, de atención, de aprendizaje, etc. son recursos que varían de una persona a otra y que también pueden variar para una persona en distintos momentos de su vida: pueden fortalecerse, por ejemplo, cuando se adquieren nuevos conocimientos útiles, cuando se conocen estrategias de respuesta más económicas (en cuanto a esfuerzo necesario), etc. pero, en circunstancias físicas o psíquicas adversas, pueden deteriorarse o debilitarse. *(OIT/OMS Ginebra, 1984)*

En general, en las situaciones de trabajo, son muy diversos los factores que contribuyen a la carga de trabajo mental y que ejercen presiones sobre la persona que lo desempeña. Estos factores deben identificarse para cada puesto o situación de trabajo concreta y se pueden agrupar según procedan:

- De las exigencias de la tarea.
- De las circunstancias de trabajo (físicas, sociales y de organización).
- Del exterior de la organización.

La carga de trabajo mental puede ser inadecuada cuando uno o más de los factores identificados es desfavorable y la persona no dispone de los mecanismos adecuados para afrontarlos.

Las características individuales influyen en la tensión que provocan en la persona las distintas presiones que recaen sobre ella. Algunas de estas características individuales son:

- El nivel de aspiración, auto confianza, la motivación, las actitudes y los estilos de reacción.
- Las capacidades, la calificación/capacitación, los conocimientos, y la experiencia.
- La edad, el estado general, la salud, la constitución física y la nutrición.
- El estado real y el nivel inicial de activación.

5.-FACTORES QUE CONFIGURAN LA CARGA DEL TRABAJO MENTAL Y SUS EFECTOS

Los factores que configuran la carga del trabajo mental y sus efectos se pueden visualizar en el siguiente esquema desarrollado por García (1999)



En resumen, el conjunto de factores procedentes del entorno (condiciones sociales, físicas, de la organización y de la tarea) ejercen diversas presiones sobre la persona; la activación mental consecuyente a las presiones externas del trabajo se expresa en cierto grado de tensión mental para dar respuesta a las demandas del trabajo.

Esta tensión es variable según las características individuales y, por la activación que conlleva, puede facilitar la realización de la tarea; sin embargo, también puede tener efectos perjudiciales en otras ocasiones, por ejemplo: cuando se alcanzan estados de fatiga mental y estados similares por monotonía, hipovigilancia o saturación; por último, entre otros efectos posibles, cabe mencionar el efecto de preparación o de entrenamiento para la tarea.

El desempeño de tareas o actividades muy largas, uniformes o repetitivas puede comportar somnolencia, disminución de la capacidad de reacción y, en definitiva, un estado de activación reducida, de lenta evolución, que se traduce en fluctuaciones en el rendimiento, así como en una desagradable sensación personal de monotonía; ésta, se etiqueta como hipovigilancia si se deriva de la realización de tareas de vigilancia, especialmente de actividades de detección muy poco variadas. El estado de saturación mental de la persona se puede presentar en tareas o situaciones de trabajo repetitivas en las que se tiene la sensación de estancamiento, de que no se avanza nada o de que no conducen a nada; se caracteriza por inestabilidad nerviosa (desequilibrio), fuerte rechazo emocional de la situación o tarea repetitiva y otros síntomas adicionales como: cólera o enojo, disminución del rendimiento y/o sentimientos de fatiga e inclinación a renunciar, a retirarse. La saturación se diferencia de la sensación de monotonía y de la hipovigilancia porque el nivel de activación de la persona es invariable o creciente y está asociado a emociones negativas. (*García, 1999.*)

A continuación se describen algunos factores de cada grupo de fuentes de presión mental.

5.1-Condicionés Físicas del Entorno

Iluminación (luminancia, contraste, deslumbramientos), condiciones climáticas (calor, humedad, circulación de aire), ruido (nivel sonoro, registro sonoro), clima atmosférico (lluvias, tormentas), olores (agradables, repulsivos).

5.2.-Factores Sociales y de Organización

Tipo de organización (estructura de control y de comunicación), Clima/Ambiente de la organización (aceptación personal; relaciones entre las personas), factores de grupo (estructura de grupo, cohesión), jerarquía de mando (vigilancia), conflictos (en el seno de un grupo, entre grupos o entre personas), contactos sociales (trabajo aislado, relaciones con clientes).

5.3.-Otros Factores

Exigencias sociales (responsabilidad en relación con la salud y el bienestar públicos), normas culturales (sobre las condiciones de trabajo, los valores, las normas aceptables), situación económica (mercado laboral).

5.4.-Las Exigencias de la Tarea

La realización de tareas de tratamiento de información requiere de la persona diverso grado de atención, concentración y de coordinación.

La atención es necesaria, por ejemplo, para dirigir y enfocar la percepción, para la búsqueda y selección de la información relevante (entre todos los datos disponibles) y así cumplir los objetivos que se pretendan. El desempeño del trabajo puede requerir atención para una tarea o actividad en curso o para varias actividades que se van alternando y/o simultaneando. La concentración se refiere a la reflexión y atención prolongadas requeridas

por la tarea (por ejemplo, en tareas monótonas, tales como el control de tablas o cuadros de cifras). La atención puede decaer por diversos motivos, ya sean laborales o ya sean personales (por ejemplo, sueño o descanso insuficientes). Se puede afirmar que algunas tareas que exigen atención compartida entre varias actividades simultáneas o que exigen captar datos e informaciones extrañas, difíciles de detectar o de encontrar, pueden ejercer grandes presiones sobre la persona y originar una tensión en ella que se manifieste en disminuciones de atención.

Además, la tarea que se ha de realizar puede demandar, varios focos de atención como la coordinación de ideas, la necesidad de tener presentes varias cosas a la vez y de reaccionar con rapidez ante un imprevisto, la coordinación de funciones motoras y sensoriales (hablándose entonces de carga de trabajo sensorial y posible fatiga sensorial), la conversión de información en conductas de reacción (en tareas de control), la transformación de información de entrada y de salida (programación, traducción, etc.), la producción de información (diseño, solución de problemas) etc.

En general, algunas de las exigencias de la tarea que determinan la carga de trabajo mental y la fatiga consecuente se pueden resumir en:

- Atención sostenida sobre una o más fuentes de información (por ejemplo: observación de un monitor de control de procesos durante mucho tiempo).
- Tratamiento de la información, que se traduce en más o menos carga de trabajo mental, según cuál sea el número y la calidad de las informaciones que se deben tratar y de las fuentes de información, lo disponibles que estén, las inferencias que deban hacerse, las decisiones que deban tomarse, etc.
- El nivel de responsabilidad que la persona tiene asignado: ya sea responsabilidad por la salud y por la seguridad de terceras personas (clientes internos y externos de la institución) ya sea por pérdidas de producción.
- La duración y el perfil temporal de la actividad: horarios de trabajo, pausas, trabajo a turnos.

- El contenido de la tarea: control, planificación, ejecución, evaluación.
- El peligro que conlleva la tarea que debe realizar: por el lugar en que se desarrolla, por los materiales que se manejan, etc.

Las exigencias de atención de la tarea, el diseño inadecuado del lugar y puesto de trabajo, del material informativo, de la organización del tiempo de trabajo (la insuficiencia de pausas de descanso, el excesivo tiempo de dedicación al trabajo, etc. y, en definitiva, la incongruencia entre las exigencias del trabajo y las posibilidades de respuesta de la persona, afectan negativamente a la carga de trabajo mental percibida y sus consecuencias adversas. La fatiga por carga de trabajo mental puede manifestarse desde una forma muy sutil, como ligeras reducciones de la capacidad de trabajo mental y algunos lapsus, hasta la forma más fuerte: bloqueo total, incapacidad temporal de análisis de información, etc.

5.5.- Condiciones de Trabajo

La importancia de las condiciones físicas (espaciales, acústicas, climáticas, etc.) adecuadas se hace evidente cuando se necesita crear un entorno que facilite la percepción, la atención y, en definitiva, la realización de tareas con exigencias de trabajo mental; esto facilita en la persona la detección de señales e informaciones (visuales, acústicas, táctiles, etc.) Necesarias para el desempeño del trabajo. (*Leplat, 1985*).

En términos generales se puede considerar de lo anteriormente mencionado que las características individuales influyen en la tensión experimentada, como consecuencia de las presiones que ejercen los diversos factores de carga mental de trabajo; estas características modifican la relación entre las presiones del trabajo y las tensiones de la persona en el sentido de que modulan la relación entre las exigencias de la tarea y el esfuerzo desplegado para satisfacerlas. Es por ello que los individuos deben recurrir a herramientas y actitudes personales para enfrentar a las excesivas demandas a los que están expuestos continuamente.

De, lo anterior, se extrae la conclusión que la falta de intervención en las instituciones de salud afectan directamente la calidad de vida de los trabajadores y la productividad de la organización.

5.6.-Principales Obstáculos para la Intervención del Estrés en la Institución de Salud

Cuando se da un problema como el estrés en una institución de salud los responsables de la salud laboral se encuentran con varios obstáculos que han de salvar para hacer frente a ese problema.

Aunque es cuestionable que la organización del grupo humano deba realizarse en función de las limitaciones de tipo técnico o en función de la organización de trabajo, generalmente la tecnología de una institución y la organización de trabajo que lleva aparejada, suelen considerarse previamente y determinan en muchos casos, la disposición de los recursos humanos así como las posibilidades de organización del grupo humano. *(OIT, 1996)*

Sin embargo, las nuevas tendencias de dirección apuestan por la revalorización del capital humano de la institución, incorporando una nueva visión sobre la realidad de la organización en la que cada vez se otorga un mayor peso al grupo humano, posibilitando la aplicación en la institución de distintos conocimientos, métodos y técnicas de las ciencias del comportamiento. Los hallazgos realizados en las ciencias sociales por las investigaciones de distintos autores *(Herzberg, y Likert, 1976)* se llevan a la práctica con éxito en algunas instituciones. Sería conveniente que la formación de los responsables de salud laboral se habilitara para el desempeño de este tipo de tareas y que su estatuto en la organización les permitiera llevarlos a cabo.

La falta de intervención sobre este tipo de problemas, generalmente es debida a:

- El mayor conocimiento de los directivos de muchas organizaciones sobre el "funcionamiento técnico o económico" de la institución que sobre el funcionamiento humano".
- La falta de concreción con la que es presentado este problema a los directivos.
- La falta de convencimiento acerca de la magnitud del costo de estos problemas o a la desconfianza respecto a que el costo que ocasionan estos problemas, sea controlable mediante la planificación, la organización y la gestión.
- La falta de relación entre las metas de la prevención y los objetivos de la dirección.
(OIT, *op cit*)

Para salvar este obstáculo es necesaria la utilización de herramientas adecuadas para cuantificar las magnitudes del problema, los objetivos de las acciones y los resultados obtenidos. Pero además, la utilidad de las herramientas utilizadas por los responsables de la salud laboral no puede estar restringida a la realización de un buen diagnóstico sino que han de aportar datos claros, inequívocos y comprensibles para que permitan la concienciación de los distintos grupos de personas de una organización.

Con gran frecuencia, la rentabilidad económica se constituye como referente última de lo conveniente o lo inconveniente de cualquier medida que se tome en la institución. Por ello, constituye una tarea de los responsables de salud laboral el aportar datos que muestren que las medidas que se toman en cuanto a la organización del grupo humano son rentables.

Por otra parte, las propuestas de cambio deben planificarse cuidadosamente, adaptándolas a los esquemas de utilidad, rentabilidad y practicidad; considerando aspectos como costos, objetivos parciales, metas, procesos, etc.; controlando todo el andar del proceso de cambio y buscando una compatibilización entre las metas de la dirección y las de la prevención. (*Ibid*)

CAPITULO IV

FACTORES PROTECTORES Y ACTITUDES PERSONALES POSITIVAS DE AFRONTAMIENTO PSICOSOCIAL

Pianta (1990) define los factores protectores como aquellos que distinguen individuos en situaciones de alto riesgo que obtienen buenos resultados de aquellas que, tal como se había predicho, presentan problemas. Los factores protectores pueden preceder del mismo individuo, de las relaciones con las demás personas y del entorno social. Tomar en consideración los factores protectores conduce a hablar de un fenómeno que en los últimos años ha llamado la atención en el ámbito laboral. Este término hace referencia a la capacidad de los individuos para resistir acontecimientos adversos en la experiencia vital sin consecuencias negativas o perturbadoras a largo plazo para su desarrollo o su socialización. Para llevar a cabo una acción preventiva desde el ámbito laboral es importante conocer los factores de riesgo y las variables que actúan como factores protectores, a continuación se desarrollan algunos factores protectores que servirán de base para enfrentar situaciones estresantes en el ámbito laboral.

1.- Actitud

Dentro de las propuestas para el término actitud podemos citar la mencionada por *Davis (1985)*, quien se refiere a los sentimientos y supuestos que determinan en gran medida la perfección de los empleados respecto de su entorno, su compromiso con las acciones previstas y, en última instancia su comportamiento.

Además plantea que es una tendencia a actuar hacia o en contra de algún factor ambiental, el cual se convierte con ello en un valor positivo o negativo.

Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biológicos como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Y son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Las actitudes raras a veces son de asunto individual; Generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía o aprendidas en el proceso de socialización.

Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual) (Davis, op cit)

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien, en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), se pueden encontrar varios elementos, entre los que destacan los pensamientos y las emociones. Así por ejemplo, en el estudio de una profesión, si la actitud es favorable, encontraremos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. (Ibid, 1985)

Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos.

Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de

la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo.

Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste.

Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto.

2.- Optimismo como Actitud

Se define optimismo como: La propensión a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más favorable. (*Diccionario general ilustrado de la lengua española Pág.799*). El optimismo actúa como un factor moderador intermedio, que sirve como elemento motivador de las conductas que promueven el cambio y la acción humana (*Avia y Vásquez, 1998*). De esta manera, la forma que tiene el individuo de enfrentar su realidad podría relacionarse con la vulnerabilidad frente a la enfermedad.

Diversos estudios demuestran que el optimismo se asocia con mejores respuestas de afrontamiento del estrés, mejor salud y menor mortalidad (*Ibid, 1998*)

Otras investigaciones midieron optimismo y síntomas físicos en estudiantes en dos periodos de tiempo diferentes, entre los resultados más destacados se encuentra que el optimismo se asociaba negativamente con los síntomas físicos (*Otero y López; 1998*)

En este sentido, el optimismo se perfila, cada vez más como un factor protector de la salud mental, que ayudaría al afrontamiento de situaciones estresantes, tales como las que enfrentan los trabajadores de salud en su quehacer.

3.-Apoyo Social

Según *MINSAL*, (1999) el apoyo social debería estar constituida por la información verbal y no verbal, ayuda tangible y accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor. La ayuda puede ser provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales, compañeros de equipo. De esta manera el apoyo social, al igual que otros recursos sociales, podrían ser considerados como mediador entre el estresor y el individuo, reduciendo la influencia del estrés. El apoyo social (*Belloch Cols; 1995*), debería incluir varios elementos:

- 1.- Que el apoyo social sea aportado, o recibido, o ambas cosas a la vez.
- 2.- Disposición (disponibilidad en cantidad y calidad, utilización real de los recursos).
- 3.-Descripción/ evaluación (puede ser descrita y evaluada la naturaleza y la cualidad del apoyo social).
- 4.- Contenido (emocional, instrumental, informativo o valorativo)
- 5.- Redes sociales que constituyan la fuente del apoyo.

Por otra parte, una de las dificultades planteadas en la bibliografía se refiere a la investigación respecto a la influencia del apoyo social sobre la salud, es la difícil operacionalización y medida de este concepto (*Buendía, 1993*). Tal vez por la amplitud y la indeterminación conceptual del término apoyo social, las aproximaciones metodológicas existentes presentan notables variaciones, sin embargo *Belloch, Sandín y Ramos, (1995)*, proponen que cada vez es más evidente la evaluación del apoyo social percibido, que del apoyo social real.

El apoyo social puede relacionarse con la salud de distintas maneras, puesto que puede reducir el impacto negativo de los sucesos vitales y otros agentes estresores importantes:

- 1.-Eliminando o reduciendo el propio estresor.
- 2.-Ayudando al sujeto a enfrentar la situación estresora.
- 3.-Atenuando la experiencia de estrés si esta ya se ha producido.

Estas formas de acción del apoyo social sobre la salud son lo que se ha denominado efecto de amortiguación, donde el apoyo social, cumple un rol de protector del individuo durante los momentos de estrés, potenciando la adaptación del sujeto.

Por otra parte existe la hipótesis de los efectos directos, que señala que el apoyo social tendría efectos positivos sobre la salud. Sus efectos directos se han propuesto por el hecho de estar integrado en grupos (amigos, familia, redes sociales, etc.) facilitando las experiencias individuales positivas como la autoestima, el afecto positivo y la sensación de control sobre el medio ambiente, sugiriendo que estas experiencias personales protejan al sujeto de los trastornos físicos y mentales (*Belloch, Sandín y Ramos; op cit*).

El marco social en el que se encuadra el estudio y el concepto de apoyo social es el de la persona en cuanto a ser social. Así, las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera (familiar, laboral, social) se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción.

A su vez, la persona, a través del trabajo, puede encontrar un desarrollo a su dimensión social. En este sentido, el mundo laboral ofrece la posibilidad de integrar a las personas en grupos, de ofrecerles estatus e identificación social con otras personas y grupos, puede contribuir a la satisfacción de necesidades sociales, etc.

El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros.

A continuación se señalan las cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social se ha desarrollado (*op.cit*). Estas perspectivas o aproximaciones

han de considerarse no como excluyentes sino como complementarias; cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondition del siguiente nivel.

La conceptualización del apoyo social que se asemeja al concepto de integración social, se centra en el número y fuerza de las asociaciones de una persona con los otros significativos. No se hace relación a la calidad de las relaciones sino a las características estructurales de la red social de una persona (número de contactos, clase de los mismos; matrimonio, amistad). Este nivel no permite explicar la relación entre salud y apoyo social.

La perspectiva del apoyo social como relaciones de calidad añade una importante cuestión al nivel anterior. Desde este punto de vista se considera la calidad de las relaciones aunque éstas no sean muy numerosas. Son varias las vías por las que pueden influir las relaciones de calidad sobre la salud y bienestar psicosocial como: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación.

Un nivel de apoyo social visualizada como ayuda percibida hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.

Un último nivel consistiría, no ya en tener asociaciones con otros o que sean de calidad o que se perciba la posibilidad de ayuda, sino en la actualización de tales conductas de apoyo. Es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

Si bien ninguna de las concepciones antes mencionadas incluye los tipos de apoyo social que a continuación se explican, estos tipos se derivan de tales concepciones y han de ser considerados como formas potenciales de apoyo y con capacidad para tener influencia

en la salud, por lo tanto, ha de ser considerada de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo.

El apoyo informativo se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Sino que permite a quien la recibe, ayudarse a sí mismo.

El apoyo evaluativo, al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la auto evaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

Las fuentes de apoyo social pueden ser muchas. Los autores, en un intento de sistematización, han propuesto diferentes clasificaciones y relaciones de fuentes. *Hause (1981)* propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: esposo/a o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

3.1.-Contexto Organizacional y Apoyo Social

El entorno organizacional y social en el que se generan y mantienen relaciones juega un papel fundamental en la génesis, cantidad, calidad y tipo de apoyo social. Los factores que configuran este entorno, y que finalmente determinan el apoyo social, son muchos y variados y van desde factores puramente físicos y estructurales a aspectos de cultura y valores organizativos.

Entre los aspectos que han de ser considerados, cabe citar los siguientes:

- Valores predominantes, según sean de competitividad o solidaridad, de individualismo o sociabilidad.
- Estructura organizacional; participativa o centralizada y formalizada.
- Número de empleados o supervisores; la presencia de muchas personas puede provocar anonimato social ya que se despersonaliza la percepción de la situación inhibiendo las conductas de apoyo social.
- Tipo de objetivos.
- Estilos de mando.
- Disposición física.

3.2.-Funcionamiento y Efectos del Apoyo Social

Fundamentalmente se postulan tres formas diversas de cómo el apoyo social puede afectar al estrés laboral y a la salud. El punto de partida es que el estrés laboral tiene sus efectos en la salud mental y física. El apoyo social puede modificar o influir de tres formas en este efecto del estrés sobre la salud.

El apoyo social puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto.

- El apoyo puede reducir directamente los niveles de estrés laboral de distintas maneras y, por ello, mejorar indirectamente la salud.
- Estos dos efectos (salud y bienestar) del apoyo social son efectos principales e importantes para la gente.
- El apoyo social se manifiesta como un elemento importante para ayudar a las personas a vivir de manera más saludable incluso en presencia de situaciones estresantes, cuestión que a veces es inevitable. (*Ibid*)

II PARTE
MARCO REFERENCIAL

CAPITULO V

SALUD EN CHILE, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS EN SALUD

La Salud es un derecho humano, por ende, un derecho de todos los humanos. Por esto, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la palabra Equidad adquiere una gran relevancia cuando se está hablando de la salud como derecho.

La Equidad en Salud encierra por lo menos tres imperativos, puesto que implica:

- Igual acceso a la atención para igual necesidad.
- Igual utilización de recursos para igual necesidad.
- Igual calidad de atención para todos.

Al mismo tiempo que se afirma que la equidad es un valor social fundamental, ésta preocupación se caracteriza por estar menos basada en ideologías y más en enfoques de evidencia orientados a reducir las pronunciadas brechas en el estado de salud que hoy existen.

El concepto de Equidad en Salud tiene claramente una amplitud y riqueza enorme, corresponde fundamentalmente a la de un concepto social normativo, el que se refiere a la apropiada distribución de bienes, beneficios, ganancias y pérdidas – hasta el grado en que éstas se puedan distribuir socialmente – entre miembros o subgrupos de una determinada sociedad o país. (*OPS/OMS 2002*)

En el campo de la salud, equidad significa asegurar una atención médica integral a todos los chilenos, no sólo a nivel básico sino también en niveles de gran complejidad. En Chile, el problema de la pobreza es importante y ello se traduce en diferencias marcadas de ingresos y oportunidades, por lo que es un aspecto muy sensible. La realidad chilena es de una medicina muy efectivista, con especialistas de alto nivel, sin embargo, el modelo de

atención y el financiamiento existentes hace que estos recursos no estén disponibles para todos, según cada una, de las necesidades de cada individuo.(CEPAL 2000)

Las diferencias entre el ingreso de las clases sociales han aumentado en los últimos años en vez de reducirse, lo que deriva en notorias diferencias y deficientes indicadores de atención y esperanzas de vida en las clases sociales de bajos ingresos, por lo que para el MINSAL “*la falta de equidad es uno de los defectos básicos del sistema*”.

- Presidente Ricardo Lagos en un encuentro con los trabajadores el 03 de octubre de 1999 señaló al respecto:

“En salud no hay igualdad, a pesar de los grandes avances en los últimos años. Tenemos una salud para ricos y pobres. Mientras en comunas acomodadas se alcanzan expectativas de vida de más de 80 años y la mortalidad infantil es cercana a 3 por mil nacidos vivos, pudiendo fácilmente acceder a la atención médica de alta calidad, otros sectores del país tienen grandes dificultades para acceder a la atención en salud; tienen una expectativa de vida 20 años menor e indicadores de salud similares a muchos países del tercer mundo. No es éticamente aceptable que muchos chilenos deban vivir 20 años menos sólo por su condición económica y bajo nivel educativo, o tener una mortalidad infantil 10 veces superior a la del resto de los chilenos”. (Información de Prensa OPS, 2002)

La equidad en el acceso está establecida en términos legales, pues la Constitución Política del Estado resguarda el libre e igualitario acceso a las acciones de salud. Es muy probable que en nuestro país el acceso legal sea el 100 %, pero el acceso físico no lo es, particularmente si hablamos de áreas rurales. (*Oficina Regional de la OMS en Santiago, 2001*)

Existen otros factores que limitan el acceso tales como:

- Barreras culturales y de información: hace que las acciones de fomento y prevención sean el doble de efectivas en las clases altas en relación a las de menores recursos.
- Horario de funcionamiento de establecimientos públicos: presenta impedimentos a la población trabajadora y esto redundando en un excesivo uso de los establecimientos de urgencia.

La equidad financiera del sistema de salud tampoco existe. El acceso y cobertura de atención médica son diferentes según:

- Capacidad económica del usuario, donde los beneficiarios del sistema privado pueden costearse todas las atenciones de salud, en contraposición con los beneficiarios públicos del FONASA, donde solo pueden costearse el 41 % de sus necesidades.
- Calidad y resultados de atención de salud entre el sistema público y privado, entre los hospitales y entre cada centro privado, donde nuevamente se observan diferencias en desmedro de los lugares públicos y aquellos centro privados que atienden a personas de menores ingresos.

El objetivo del sector público de salud es aumentar el bienestar de las personas a través de su posibilidad de elegir entre varias opciones, el Estado debe asegurar la existencia de mercados competitivos, tanto en la administración de los recursos, como en la entrega de las prestaciones. Logrando equidad, eficiencia y calidad.

La salud es un bien social esencial, un derecho humano básico y un factor clave para el desarrollo. (OPS, 2002)

Es importante decir que los Servicios de Salud, a través de sus establecimientos (Hospitales, Consultorios y Postas) cumple con funciones operativas que se traducen en la ejecución coordinada de acciones integradas de fomento de promoción y protección relativa

a las personas, al ambiente, recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas, conforme a los programas y subprogramas establecidos en el nivel central. (Ibíd.)

Existe un conjunto de normas establecidas según *el MINSAL Y FONASA (Fondo Nacional de Salud)* donde se establecen y señalan orientaciones para responder a la salud de las personas (*MINSAL, 2004*)

- El Estado debe garantizar el derecho a la salud en un ambiente de respeto a las personas, sus expectativas y opciones.
- Incorporar en nuestra legislación de disposiciones o preceptos que claramente den cuenta de los derechos específicos de las personas cuando solicitan atención.
- Un sector significativo de los chilenos estima que, al relacionarse con el Sistema de Salud, se restringen sus posibilidades de decisión y acción, de una manera que atenta contra su dignidad y lo perturba en momentos particularmente difíciles como son los asociados a una enfermedad.

1.-Derechos y Responsabilidades de los beneficiarios del sistema de salud.

1.1- Los Derechos que tienen los beneficiarios del sistema de salud

- Acceso sin discriminaciones arbitrarias
- Trato digno y actitud amable
- Compañía y apoyo espiritual
- Consultas reclamos y sugerencias
- Derecho a la información
- Consentimiento informado
- Enfermos terminales

- Información privada

El Estado a través del Fondo Nacional de Salud entrega beneficios a los usuarios de escasos recursos y a los beneficiarios que cotizan el 7% para salud, a través de las prestaciones institucionales. Existen dos modalidades de atención que entrega FONASA, libre elección y la modalidad institucional. Esta última es la que se entregan en los Consultorios, Hospitales, Centros de referencias de Salud, Centros de Diagnósticos, y Servicios de Urgencias.

1.2.- Responsabilidades de las Personas en Salud

- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le indiquen o apliquen.
- Solicitar la debida atención de salud para sí y sus familiares.
- Cumplir con las prescripciones generales de carácter sanitario comunes a toda la población.
- Cumplir con las indicaciones del equipo médico en caso de haber aceptado someterse a un tratamiento o procedimiento específico.
- Informarse sobre los procedimientos de consulta y reclamos habilitados.
- Contribuir a la mantención de los establecimientos de salud.

Los derechos y deberes aun presentan grados de desconocimientos y desorientación del sistema de salud público a pesar que en los últimos años se han creado oficinas con personal capacitado para orientar al respecto. (OIRS Oficinas de información de reclamos y sugerencias)

1.3.-Carta de derechos del paciente de FONASA

La Carta de Derechos del Paciente nace en el contexto de las líneas de desarrollo impulsadas por el gobierno, tendientes a mejorar la calidad de la atención brindada por

los Servicios Públicos a sus usuarios, de tal manera de asegurar una atención oportuna, informada y de calidad.

A la fecha ya suman 161 los establecimientos que han certificado a la Carta de Derechos del Paciente.

1.4.-El proceso de certificación de la Carta de Derechos del Paciente:

- Compromete la participación de los distintos estamentos de la organización.
- Favorece el desarrollo de una cultura de calidad y de evaluación de la gestión.
- Coloca al usuario como el centro principal de su quehacer.

1.5.-Enunciados

- Todo usuario del Sistema Público tiene derecho a recibir atención de salud sin discriminación alguna
- Todo el personal que atiende a los pacientes debe identificarse debidamente.
- Todo paciente tiene derecho a formular reclamos y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios y a recibir respuesta escrita cuando corresponda.
- Todo usuario tiene derecho a que se le entregue orientación y/o información sobre el funcionamiento de los establecimientos a los que asista.
- Todo paciente tiene derecho a obtener atención de emergencia durante las 24 horas del día.
- Todo paciente tiene derecho a acceder a la información de su ficha clínica y que ésta mantenga su carácter de confidencial.
- No es obligación de los pacientes participar en actividades de docencia y de investigación. Por tanto, los pacientes tienen el derecho a elegir libremente si quieren o no participar en tales actividades.
- Todo paciente tiene derecho a que se le entreguen indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que se le receten.

- Todo paciente tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le indiquen y a poder decidir informadamente al respecto.

1.6.-Gestión de Usuarios:

- Gestión de reclamos y felicitaciones
- Voluntariado
- Mesón de informaciones
- Sistema de información y visita en servicios clínicos
- Identificación del personal
- Estudios de satisfacción en servicios clínicos
- Compromiso de Gestión “Salud Amable”

Con definición clara de derechos y obligaciones de los usuarios. Es necesario definir que beneficios debe entregar el sistema de salud a todos los chilenos. Para ello, establecer las acciones de prevención primaria de apropiación colectiva, que serán de responsabilidad estatal. Mejorando el acceso a la atención de salud de los chilenos más pobres y por último, el problema de mala percepción de la población en relación a la atención que reciben, es sin duda un gran desafío para los sistemas de salud de nuestro país.

2.- Centro de Salud Dr. Norman Voullieme

El Centro de Salud Dr. Norman Voullieme, contexto en que se realiza el presente estudio, es un establecimiento a nivel primario de atención de salud. Se encuentra inserto en la comuna de Cerrillos, fue construido con una superficie menor que la proyectada, hecho que, sumado a la cantidad de habitantes de la comuna y a la significativa población laboral que demanda atención, impiden la atención oportuna de las necesidades de salud de la población y provocan congestión en el establecimiento, el cual no tiene capacidad de respuesta adecuada, deteriorando, por ende, la imagen del sector público de salud. Además

esta ubicado en un sector geográfico periférico de la Comuna que dificulta el fácil acceso a la atención de salud.

1.-ESTRUCTURA POBLACIONAL BENEFICIARIA POR SEXO, DEL S.S.M.C Y LA COMUNA DE CERRILLOS

	POBL.TOTAL	BENEFICIARIOS	% AFILIACION
S.S.M.C.	853.609	548.888	64.3%
CERRILLOS	72.024	47.464	65.9%

FUENTE: población estimada al 2003, según censo 2002

Este centro de salud atiende a una población beneficiaria de 52.028 personas.

2.- POBLACIÓN SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE LA COMUNA

COMUNA	SIST. PUBLICO	ISAPRES	OTROS
CERRILLOS	59.7%	22.7%	17.6%

Fuente: encuesta CASEN 2000. MIDEPLAN

El Consultorio Norman Voullieme es dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central, esto quiere decir que aun no ha sido municipalizado y su orientación programática forma parte de las políticas del Ministerio de Salud. Traduciendo su accionar en el Modelo Biopsico-social y la atención a nivel primario (prevención, promoción de la salud). La población atendida corresponde a uno de los sectores de extrema pobreza, que se distingue en cuanto a patologías sociales alta prevalencia en el consumo de alcohol y drogas, altos índices de violencia intrafamiliar, embarazo adolescente, deserción escolar, cesantía. *(De Consultorio a Centro de Salud, MINSAL 2001).*

3.- POBREZA E INDIGENCIA

PORCENTAJE DE POBRES E INDIGENTES DE LA COMUNA DE CERRILLOS

	%POBRES	% INDIGENTES
CERRILLOS	8.03	4.3

FUENTE: ENCUESTA CASEN2000, MIDEPLAN

4.- DESOCUPACION COMUNA DE CERRILLOS

CERRILLOS	12.7
------------------	------

FUENTE: ENCUESTA CASEN2000, MIDEPLAN

La modalidad de atención de salud en la comuna corresponde a la atención por programas, entre los que cuentan: Programa del adulto, programa de salud del niño y del adolescente, programa de salud mental, programa dental , programa de la mujer, programa de pacientes postrados, por mencionar los mas importantes.

Cabe destacar que durante los meses de campaña de invierno la ejecución de los programas sufre detenciones y suspensiones a favor de destinar esas horas a tratar niños con enfermedades respiratorias agudas y crónicas. Esto se realiza debido a que no se cuenta con el personal suficiente para brindar una atención oportuna y adecuada.

5.- PROGRAMACIÓN CENTRO SALUD DR. NORMAN VOULLIEME

PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE.
<ul style="list-style-type: none">• Cobertura inmunizaciones
<ul style="list-style-type: none">• Evaluación del desarrollo psicomotor
<ul style="list-style-type: none">• malnutrición
PROGRAMA DEL ADULTO
<ul style="list-style-type: none">• cobertura HTA
<ul style="list-style-type: none">• cobertura DM
<ul style="list-style-type: none">• cobertura ESPA
<ul style="list-style-type: none">• índice pesquisa TBC
PROGRAMA DE LA MUJER
<ul style="list-style-type: none">• cobertura PAP
<ul style="list-style-type: none">• embarazo adolescente
PROGRAMA DENTAL
<ul style="list-style-type: none">• sellantes
<ul style="list-style-type: none">• altas integrales
<ul style="list-style-type: none">• fluorización
PROGRAMA SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none">• alcohol y drogas
<ul style="list-style-type: none">• depresión
PROGRAMA POSTRADO
Atención medica en domicilio

Fuente diagnóstico de situación de salud comuna de cerrillos enero 2003

Las derivaciones secundarias y terciarias son referidas al Hospital San Borja Arriaran, Consultorio especialidades N° 1, Centro Referencias de Maipú, Centro de Diagnóstico y tratamiento. Además este centro cuenta con un Servicio atención Primaria de urgencias SAPU. Las derivaciones de mayor complejidad se realizan al Hospital de Urgencias Posta Central.

De acuerdo a lo observado en la investigación social realizada a este Centro de Salud pública, las condiciones laborales, ambientales, económicas y sociales en las que se desenvuelven los trabajadores, y considerando la alta demanda en prestación que este imparte, son factores sin ninguna duda causantes de situaciones estresantes que afectan su condición de salud y calidad de vida. Es por ello de vital importancia el conocimiento de ello para se preste atención desde las autoridades y se realicen intervenciones futuras.

III PARTE
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CAPITULO VI

CENTRO DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA

Los Consultorios o Centros de Salud de Atención Primarias son sistemas sociales complejos, donde se combinan una serie de roles, funcionarios y usuarios adscritos a éstos en grandes cantidades. Presentan una dinámica propia, con estructuras propias del sistema donde se otorga servicios a los individuos, familia y comunidad, en cuanto a promoción, prevención, protección, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de la salud

Por otro lado, está el cliente o usuario con sus conocimientos propios, sus religiones, sus mitos, sus conjuntos de relaciones sociales pertenecientes a otros sistemas tales como la religión, la política, la economía y la cultura, entre otras. En este ambiente puede haber estrés, tensiones y conflictos, lo que puede llevar a distintos grados de padecer trastornos emocionales.

Teniendo presente que las situaciones estresantes en el ámbito laboral se derivan de una serie combinada de causas referentes a las personas, al ambiente, condiciones de trabajo, interacciones entre los propios trabajadores, entre los clientes o usuarios y las instituciones o empleadores, a los que se deben agregar factores personales, no es de extrañar la existencia de este tipo de conductas en las instituciones de salud.

En cuanto al perfil sociodemográfico del grupo de funcionarios estudiados, son similares a los encontrados en diversos estudios nacionales e internacionales (*CIE, 1998; Minsal y Servicio Nacional de Salud, 1997*).

Sin embargo, hay un dato que llama la atención su situación laboral inestable, ya que sólo un poco más de la mitad de los funcionarios tiene un contrato indefinido, lo que daría a pensar que probablemente en algún momento exista una emigración de estos funcionarios en búsqueda de una mayor seguridad y mejores perspectivas, además de que sus remuneraciones se caracterizan por ser muy bajas. Asimismo se puede señalar que el factor remuneración es un área muy sensible entre funcionarios de la salud

Respecto al nivel educacional de los funcionarios del consultorio de atención primaria, éste es compatible con las distintas categorías de personal existentes, teniendo la mayoría estudios técnicos y superiores, lo que permite decir que la atención de salud se ha ido profesionalizando respecto a décadas anteriores, en concordancia con las mayores exigencias de credenciales educativas en los servicios públicos.

La percepción de auto cuidado identificada por los funcionarios del consultorio, es un hallazgo importante a considerar, por que todos esperan que las instituciones que otorgan salud, consultorios, postas u hospitales, sean espacios seguros, con personal idóneo, de buenas relaciones interpersonales, con un ambiente grato y armónico, donde se entrega una buena calidad de atención sanitaria cumpliendo las expectativas de los pacientes/usuarios. Pero se ha visto que la realidad dista mucho del imaginario de las personas involucradas en estas instituciones, ya que se manifiesta en el estudio que no existe preocupación por el auto cuidado de los trabajadores por parte de la institución de salud.

Los funcionarios se sienten afectados en primer lugar por los mismos usuarios/pacientes, en especial las categorías de auxiliares paramédicos y administrativos, lo que puede explicarse porque son precisamente ellos los que tienen el mayor contacto directo con el público, y enfrentan las primeras demandas de los usuarios que, cuando no son satisfechas, generan situaciones conflictivas.

Esto se puede constatar, por ejemplo en la actividad laboral del personal de enfermería constituye en sí situaciones amenazantes y estresantes (*Garza et al., 1999*). Así también lo considera el *CIE (2004)*, que afirma que los trabajadores de cuidados de salud son los que más riesgos corren, y cuando existe agresión física, ésta proviene casi exclusivamente de los pacientes y familiares de éstos.

La sobrecarga estresante en el personal de salud, especialmente en el equipo de atención primaria, y la falta de grupos de apoyo en los lugares de trabajo han originado lo que actualmente se llama el síndrome del agotamiento o Burnout, que se caracteriza por el agotamiento de los recursos emocionales, despersonalización con desarrollo de actitudes

negativas con gente con quién se trabaja, y una evaluación totalmente negativa de sí misma, lo que puede producir conductas violentadoras. (*Cancino, 2002*).

La sintomatología encontrada, tanto física como mental, es congruente con lo que expresa la literatura científica y diversas investigaciones. En un artículo sobre género y salud mental se describen entre los diversos síntomas: depresión y miedo, ansiedad, colon irritable, dolor crónico, síntomas de estrés, dolores de cabeza, de espalda, fatiga permanente, insomnio, irritabilidad entre otros.

El estrés laboral derivado de la naturaleza del trabajo que se realiza, es descrito en muchos trabajos como una de las causales más frecuentemente nombradas por los funcionarios y que se repite también en la presente investigación. Este factor es altamente estudiado en la salud ocupacional; por ejemplo, en Estados Unidos se ha demostrado que individuos altamente estresados tienden a experimentar el doble de padecimientos físicos, psicológicos y sociales que los trabajadores menos estresados (*Chapell y Di Martino, 1998*).

En estudios realizados sobre factores psicosociales que inciden en la salud mental, provocada por estresores laborales, y sobre todo en situaciones en que la influencia de éstos se repite continuamente, se observa un impacto directo en la vida de las personas, amenazando su identidad, su dignidad y las relaciones emocionales, causando un serio daño a su salud física y mental (*Barretto, 2001*).

La sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre el trabajo y los conflictos en el medio laboral producen un estado constante de tensión: éstos se asocian básicamente a la organización del trabajo y a la atención de salud del sector público (*Avendaño y Grau, 1997*).

No debemos olvidar que la mayoría de los funcionarios son mujeres, auxiliares paramédicos y administrativos, las cuales no tienen la autonomía ni el poder de decisión sobre la gran mayoría de actividades que deben realizar. El estrés laboral no está

determinado solamente por el nivel de exigencias del trabajo, sino por la adecuación de las demandas a los recursos y capacidades del trabajador, y a la formación, autonomía y autoridad sobre la tarea. Por ser generadora de situaciones de alta tensión, especial cuidado merece el incremento del consumo de drogas y del alcohol en los contextos laborales, ya que las cifras indican que éste ha aumentado en los últimos años en el país (*CONACE, 2003*) y el Centro de Salud puede no estar ajeno a esta situación.

Los estados depresivos son causa de que aumenten los accidentes laborales, los ausentismos, los costos sociales, económicos y sanitarios, entre otras consecuencias.

Hay una causal que tímidamente se han atrevido a exponer los trabajadores estudiados, y es la rivalidad entre profesionales del área de la salud. Pareciera que existe una lucha por los diversos espacios de poder que se forman al interior de la institución y que históricamente viene arrastrándose desde la medicalización de hospitales e instituciones de salud a través de la técnica del poder disciplinario, donde se mantiene una estructura de poder rígida y hegemónica del médico (*Foucault, 1982*).

Los modos de afrontamiento a los conflictos interpersonales que viven los funcionarios de este Centro de atención primaria son: la defensa verbal, la evitación y la aceptación pasiva. Sólo algunos negocian para solucionar los conflictos. La forma de reaccionar se relaciona con el tipo de personalidad, los mecanismos aprendidos conscientes o inconscientes, el entorno físico y las expectativas de la sociedad (*CIE, 1998*). Siendo la mayoría de los funcionarios mujeres, este tipo de respuesta a los conflictos, evitación o no hacer nada, responde al peso del estereotipo cultural que define a la mujer en la pasividad, la sumisión y la obediencia.

Desde ese contexto, se presentan los resultados de la investigación en base a la información recogida mediante las técnicas e instrumentos de estudio, entrevistas en profundidad, cuestionario, para analizar los datos de este estudio descriptivo. La información recopilada estuvo orientada esencialmente a dar cuenta por medio del mismo lenguaje utilizados por los trabajadores (as) de la salud, de lo que ha sido su experiencia de

vida, en relación a las variables planteadas en la investigación.

1.- CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Las características demográficas de los trabajadores del centro de Salud Dr. Norman Voullieme, permiten caracterizarlo como un grupo en el que prevalecen los adultos jóvenes, de sexo femenino y mayoritariamente soltero, como se desprende de los datos que examinaremos a continuación:

1.1.- EDAD DE LOS TRABAJADORES

La moda y la mediana de la edad de los trabajadores del Centro de Salud Dr. Norman Voullieme, se ubica en el intervalo 30-39 años, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Cuadro N° 1
Edad de los Trabajadores
Consultorio Norman Voullieme Cerrillos
2003

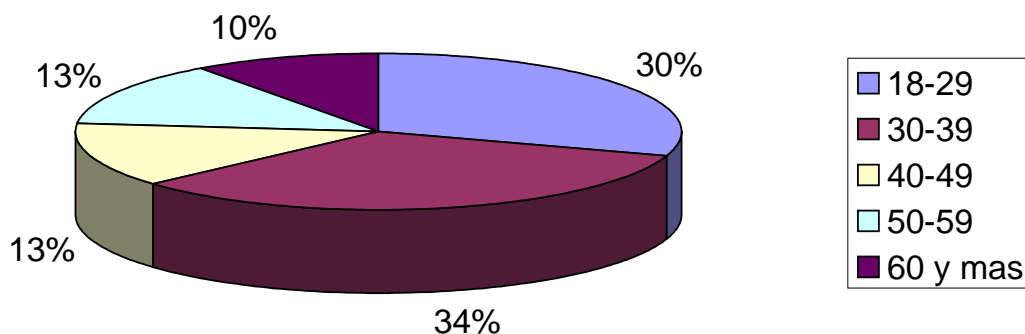
Edad	N°	%
18-29	9	30%
30-39	10	33.3%
40-49	4	13.3%
50-59	4	13.3%
60 Y MÁS	3	10%
TOTAL	30	100%

Fuente: Elaboración propia.

La posición de la moda y la mediana y el hecho que la segunda mayoría frecuencia corresponda a sujetos del intervalo 18-29 años, hace que dos tercios de los trabajadores

son adultos jóvenes, con sólo tres personas con 60 años o más.

Grafico N°1
Edad de los Trabajadores
Consultorio Norman Voullieme Cerrillos
2003



La juventud de la planta de funcionarios, permite realizar una reflexión acerca de la conexión entre la formación de los trabajadores y las oportunidades laborales en especial en un área que exige formación específica para el desempeño de la mayoría de los puestos de trabajo.

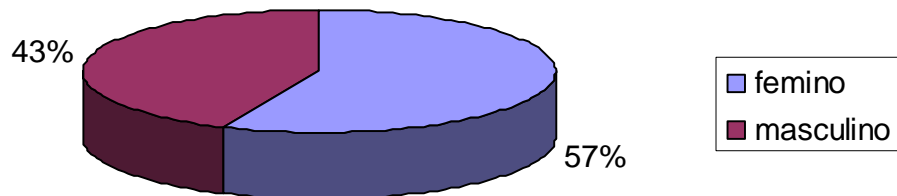
En esa relación se pueden dar dos situaciones que pueden operar como factores estresantes; de una parte, se observa que en los aprendizajes, muchas veces existe una evidente conexión entre las oportunidades laborales y la preparación de los trabajadores, con frecuencia se observa que los aprendizajes y entrenamientos adquiridos no necesariamente conducen al puesto de trabajo para el cual fueron impartidos, y por otra

parte, que los puestos de trabajo, aunque estén dentro del campo de formación, no permiten el desarrollo de las iniciativas y potencialidades del trabajador. Ambas situaciones generan sentimientos de frustración y desconcierto en torno a las claves con las que opera el acceso y permanencia en el mercado laboral

1.2.- SEXO DE LOS TRABAJADORES.

En cuanto a la distribución por sexo, es importante mencionar que existe una mayor proporción de mujeres 57%, en relación con los hombres que es del 43%, como se puede observar en el siguiente gráfico.

Grafico N°2
Sexo de los Trabajadores
Consultorio Norman Voullieme Cerrillos
2003



Estos datos son coincidentes con los existentes a nivel nacional que indican que en las áreas de educación y salud prevalece la fuerza de trabajo femenino, fenómeno que también es posible de observar en otras áreas del sector servicio lo que demuestra, una distribución laboral en la que se manifiestan los diferentes roles de género existentes en la sociedad.

Tal situación implica que las mujeres de acuerdo al rol social que desempeñan, realizan una doble actividad; ya que la mayoría de las tareas y responsabilidades domésticas recaen sobre ellas. Esto implica que las mujeres tengan una sobrecarga más allá de su jornada laboral, además que muchas de estas mujeres están separadas de la pareja o son mamás solteras.

La incorporación de la mujer al trabajo remunerado, podría decirse que es el gran fenómeno social del siglo XX, y que aunque es un proceso lento, que se inicia a principios del siglo y que en Chile, se acelera muy al final, en los 80. Dado estos aspectos esta participación se verifica en condiciones de desigualdad y discriminación que se expresan en diferencias salariales, no reconocimiento de calificaciones, acceso a puestos de bajas calificación y pocas posibilidades de ascenso profesional, desigual reparto de responsabilidades domésticas, trabajos inestables en el tiempo, una proporción considerable de trabajadoras trabaja en servicios domésticos o en trabajos informales, fuera del alcance de medidas protectoras de su salud en general y de su salud mental en particular (*Parra, 2001*)

Las normas de maternidad se cumplen mayormente en el sector, sin embargo, especialmente en regiones aún existen irregularidades y muchos niños no se han beneficiado del derecho a sala cuna, a lo que se suma que los hijos de funcionarios varones carecen de este derecho. Las mayores dificultades en el cuidado infantil se dan en niños de edad preescolar y básica, siendo recurrente en muchos servicios la presencia de "niños funcionarios" que deben acompañar a sus madres a los lugares de trabajo por no tener acceso a jardines infantiles o lugares de cuidado diario.

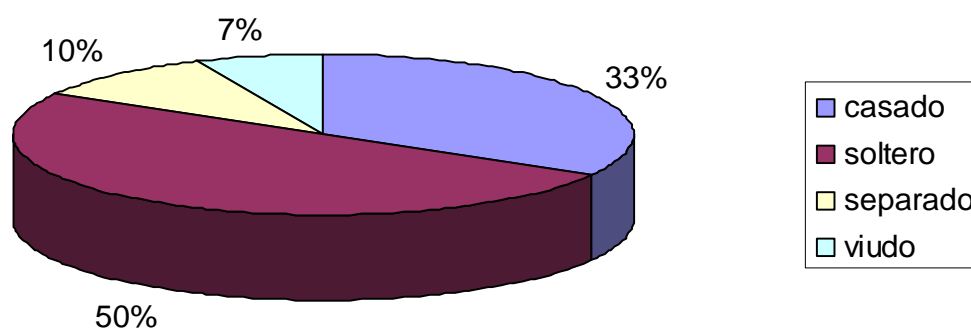
A todo esto se suma los problemas de salud, costos extraordinarios para las mujeres en las Isapres por su condición de mujer, por los riesgos de la maternidad y su fecundidad, por su mayor esperanza de vida, todas responsabilidades que se cargan exclusivamente a la mujer y que repercuten en las rentas líquidas de las mujeres y en sus futuras jubilaciones.

Para los gremios del sector público, superar esta situación de discriminación que afecta a más de la mitad de los trabajadores y trabajadoras de este ámbito ha pasado ser una reivindicación importante para mejorar las condiciones laborales y mejorar la calidad del empleo público. La profundidad que pueden alcanzar estas desigualdades laborales entre hombres y mujeres, y la poca conciencia por parte del empleador de esta realidad ha hecho que se incorpore en las urgencias de negociación, medidas y acciones que permitan ir modificando significativamente esta situación, para erradicar las prácticas discriminatorias y eliminar los mecanismos que impiden el acceso y ejercicio laboral igualitario entre hombres y mujeres.

1.3.- ESTADO CIVIL DE LOS TRABAJADORES.

La mitad de los trabajadores son solteros, un tercio casados y el otro tercio se distribuye entre viudos y separados, como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 3
Estado civil de los Trabajadores
Consultorio Norman Voullieme Cerrillos
2003



Estos datos están en concordancia con los resultados del Censo del 2002 que indican que la edad promedio de los chilenos para contraer matrimonio ha aumentado y hoy se

ubica en 36 años para los hombres y 34 años para las mujeres. Al tiempo que señalan que ha disminuido la tasa de nupcialidad lo que también denota que estas trabajadoras no tienen mayor responsabilidad en las funciones del hogar.

2.-CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS TRABAJADORES

Las características laborales de los trabajadores del Consultorio Norman Voullieme se abordarán desde cuatro aspectos: tipo de contrato, antigüedad, actividad y grado de satisfacción con la remuneración.

2.1.- TIPO DE CONTRATO DE LOS TRABAJADORES.

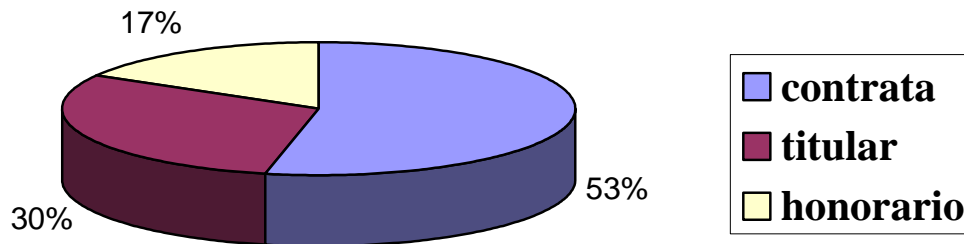
El sector público suele caracterizarse como aquel en el que existen los mejores puestos de trabajo en lo referente a la estabilidad e inamovilidad de los trabajadores, situación que efectivamente es válida para quienes tienen la titularidad de sus cargos, es decir, forman parte de la planta.

Sin embargo, esa situación no es aplicable al personal a contrata, a quienes se les renueva o revoca el contrato cada año, es decir, se inscriben en un régimen laboral de contrato a plazo fijo.

Tampoco se aplica ese privilegio al personal a honorarios, lo que mantiene una relación por tiempo y obra determinada, lo que implica una situación de inestabilidad laboral de una relación laboral de dependencia directa según lo establecido en el Código del Trabajo.

En el caso de los trabajadores del presente estudio, un 70% se encuentran contratados bajo formas que se inscriben en la dimensión de inestabilidad laboral como se puede apreciar en el gráfico N° 4

Grafico N° 4
Calidad Jurídica de la Relación Laboral de los Trabajadores
Consultorio Norman Voullieme Cerrillos
2003



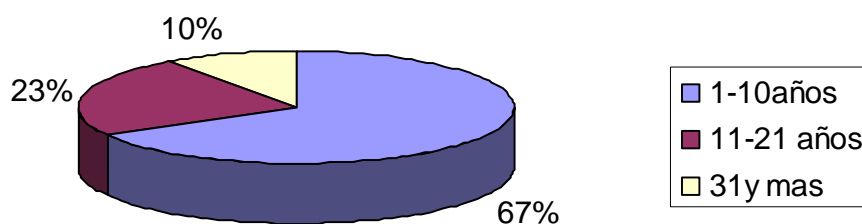
La explicación a esta situación contractual radica en el hecho que las plantas funcionarias han permanecido estables, pues para su modificación se requieren leyes y reglamentos específicos. Mientras que las necesidades de atención de la salud de la población aumentan en forma progresiva, lo que conduce a la creación de plazas bajo regimenes laborales transitorios o basados en plazos fijos que no aseguran la estabilidad laboral.

Los datos expuestos permiten visualizar que, desde una perspectiva contractual, más de dos tercios de los sujetos del estudio se encuentran en una situación que les genera una sensación de inseguridad a inestabilidad en su vida laboral y económica.

2.2.- ANTIGÜEDAD DE LOS TRABAJADORES

Los trabajadores del Consultorio Dr. Norman Voullieme presentan una baja antigüedad laboral, pues como se puede apreciar en el siguiente gráfico la moda y la mediana de los datos se ubica en la categoría 10 años o menos, mientras que la segunda frecuencia se sitúa entre 11 y 21 años y sólo tres tienen entre 30 o más años de antigüedad profesional.

Grafico N° 5
Antigüedad de los trabajadores
Consultorio Dr. Norman Voullieme Cerrillos
2003



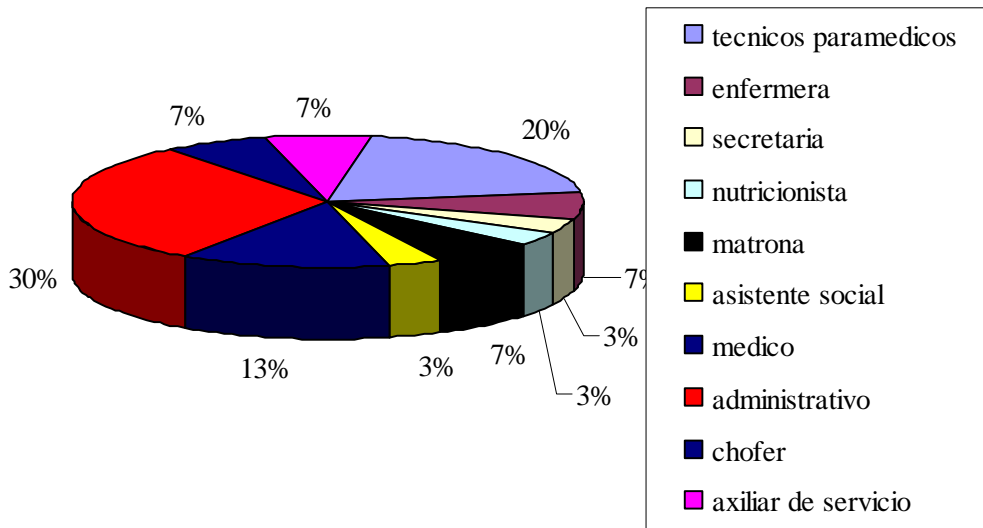
La mayoría de los encuestados lleva pocos años en el lugar de trabajo, lo que de alguna manera determina que tanto los sistemas públicos como privados han invertido muchos esfuerzos en el aumento de capital y la experiencia laboral de gente joven como una vía de mejorar sus condiciones de empleabilidad, sin embargo, la evidencia sugiere que esta no siempre ha rendido los frutos esperados cuando se examina sus resultados a la luz de la mejoría de las condiciones de vida y de trabajo de sus beneficiarios.

Asimismo, resulta llamativo que no existan trabajadores con una antigüedad entre 22 y 30 años, vale decir que hubiesen entrado a trabajar al consultorio en el período 1973-1981, lo que da cuenta en forma indirecta de los efectos de las políticas de reducción de personal y de acciones del sector público de la salud durante el citado período.

2.3.- ACTIVIDAD DE LOS TRABAJADORES

El porcentaje de profesionales y profesionales técnicos en relación al desempeño laboral u ocupación es insuficiente para dar respuesta a las necesidades de salud de los usuarios beneficiarios, produciéndose una sobrecarga laboral., en el siguiente grafico se puede apreciar la actividad de los trabajadores del Centro de Salud.

Grafico N° 6
Actividad de los trabajadores



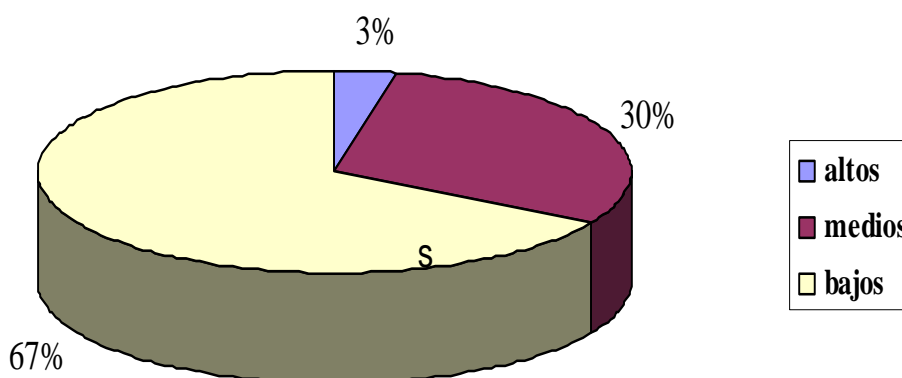
Un tema recurrente es el de las profesiones en falencia y el de aquellas que presuntamente, por efectos de los cambios epidemiológicos, estarían presentando exceso de profesionales. Debe haber una reorientación regulada por parte del estado de las carreras profesionales hacia los ámbitos que hoy aparecen como deficitarias y no dejar en manos del mercado la regulación de esta situación, hoy complicada a causa de la oferta de trabajo.

En relación a las actividades de los profesionales en el ámbito de la salud primaria resulta responsable plantear que los servicios de salud pública carecen de recursos humanos para dar solución a las demandas de la población beneficiaria. Por ejemplo, es absolutamente irresponsable plantear que a raíz de la disminución del número de partos a nivel nacional se debe eliminar cargos de matronas. Urge dentro de este contexto realizar un estudio serio de carga de trabajo para establecer dotaciones de acuerdo a la realidad y enmarcadas dentro de índices internacionales relativos al número óptimo de profesionales por habitantes.

2.4.- SATISFACCION CON REMUNERACIONES

Los bajos sueldos, afectan a la mayoría de los trabajadores. Esto se constata en la respuesta a la pregunta si considera, que dentro de los cargos que desempeñan, el ingreso que perciben es adecuado. De los funcionarios del Centro de Salud consultados, un (66.6%) de ellos señala que son bajos, y un (30 %) consideran que son medios. y un (3.33%) los mencionan que los ingresos son altos, lo que a continuación se presenta en el siguiente grafico.

Grafico N° 7
Nivel de Satisfacción con Remuneración
Consultorio Dr. Norman Voullieme Cerrillos



La mayoría de los trabajadores del Consultorio son mujeres, como ya se señaló en el gráfico N° 2, y en ese sentido es necesario precisar que Chile presenta leves avances en políticas contra la discriminación en materia de remuneración de la mujer, destacó un informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT,2004).

La tasa de participación femenina en el mundo laboral crece sostenidamente, pero persisten problemas discriminatorios. La razón principal de la disparidad de ingresos estaría provocada por el inferior capital humano de la mujer y las trayectorias intermitentes de su carrera profesional, sin embargo, la disparidad de género en la educación se reduce y en muchos casos la escolaridad de mujeres supera la de los hombres.

El Estado Chileno y particularmente el Gobierno es un empleador significativo que ocupa el 5,7% de la fuerza laboral del país, la cual es predominantemente femenina ya que las mujeres representan el 56% del total de los trabajadores públicos. La invisibilidad de esta presencia mayoritaria de las mujeres ha hecho que las relaciones laborales en el empleo público sean injustas y que se reproduzcan en su interior las mismas discriminaciones que afectan a las mujeres en el ámbito laboral privado.

Así, las trabajadoras del Estado perciben para todas las categorías y para todas las edades salarios inferiores que los varones cuya diferencia alcanza hasta un 30%, en cada escalafón las mujeres se concentran en los grados más bajos, especialmente en las áreas y servicios de acción social como salud y educación, que son los más mal pagados, siendo allí casi un 70% del personal; el riesgo de pobreza de las mujeres es mayor ya que a los bajos salarios se agrega el alto porcentaje de jefas de hogar que alcanzan hasta un 40% en salud y educación, así como en la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Instituto de Normalización Provisional (INP), universidades estatales, municipios etc. Esta situación hace reproducir el círculo de pobreza ya que a futuro significa una tercera edad de pensiones y jubilaciones miserables y en muchos casos hasta indigencia.

La doble jornada de trabajo limita el acceso igualitario a mayores oportunidades laborales, las mujeres corren todo el día para poder cumplir con el horario, las tareas de la casa y extensas jornadas de trabajo, viéndose tensionadas por las responsabilidades del hogar que también recaen en ellas. Todo esto influye negativamente en su carrera funcionaria, desde su ingreso a los servicios, en los procesos de selección, en sus

posibilidades de capacitación, en asumir cargos de mayor responsabilidad y en su participación en las organizaciones gremiales.

Las mujeres se concentran en los niveles medios con representación deficitaria en los niveles altos y de toma de decisiones. En las plantas técnicas y profesionales las mujeres superan con creces a los varones: Son el 61,7% de los profesionales, el 84,8% de los técnicos y el 63% de los administrativos. Sin embargo solo el 2,5% están en las plantas directivas. La responsabilidad, prestigio y remuneración de los funcionarios la determinan los grados. El 70% de los hombres se concentran en los primeros 7 grados. Esta diferencia de ubicación entre hombres y mujeres repercute fuertemente en los salarios. La alta concentración de varones demuestra las grandes dificultades de ascenso y de promoción en la carrera funcionaria de las mujeres, aún teniendo más altos niveles de calificación que los varones. (*U.Chile, 2001*)

3.- CONDICIONES LABORALES, ECONÓMICAS Y SOCIALES EN LAS QUE SE DESEMPEÑAN LOS TRABAJADORES DE SALUD

La carga de trabajo de los trabajadores de atención primaria del Centro de Salud es objetivamente, una carga pesada, tanto del punto de vista cuantitativo como cualitativo. Ello está ligado con la naturaleza del trabajo que estos profesionales realizan a diario, en conjunto con la insuficiencia de recursos humanos y materiales que este Centro de Salud tiene y unido a la alta demanda de prestaciones que se dan en los servicios de salud pública.

Los factores organizacionales en este centro de salud se constituyen dentro de un conjunto de percepciones y experiencias de quienes trabajan en la institución. Algunas de estas consideraciones se refieren al trabajador individual que en su mayoría son mujeres, quienes realizan una doble actividad las que están dadas por una doble responsabilidad que recaen en ellas: la laboral remunerada y el trabajo doméstico.

Los trabajadores mencionan a través de las entrevistas aplicadas: estresores físicos y ambientales, factores que inciden en la motivación en el trabajo, el liderazgo, la

comunicación, organización del establecimiento, la participación, y el clima laboral.

Consideran que los factores organizacionales son causales o conllevan a un deterioro de su salud mental, produciéndose extensión de licencias medicas, relaciones laborales deficientes, poco compromiso frente a sus responsabilidades, bajo rendimiento laboral, lo que hace que no haya una motivación permanente en lugar de trabajo y a su vez esto conlleva a que las relaciones interpersonales son malas, lo cual genera constantemente disconformidad e insatisfacciones en el ámbito laboral.

El director del establecimiento tiene dificultades para adecuar al personal y los recursos físico a las necesidades de la población, ya que por las normativas institucionales no puede contratar nuevo personal de acuerdo a los necesidades de la organización, ni despedir a los innecesarios o ineficientes. Por ejemplo: el personal con licencias médicas, en su gran mayoría debe ser reemplazado por otro funcionario, lo que implica mayor responsabilidad y más recarga de trabajo, creándose una situación de conflicto frente a sus compañeros, como afectando a la calidad de atención de los usuarios.

3.1. Nivel de motivación en el trabajo

El contenido de la tarea, el nivel de motivación, la valoración social del trabajo, la calificación de la tarea por el grupo de trabajadores, y por el que ejerce la tarea en sí, genera una falta de motivación importante en los trabajadores.

La vida laboral en salud es triste, por que no hay muchas satisfacciones económicas, ni recreativas, ni de perfeccionamiento, dejas la familia, esto te lleva todo tu tiempo (Sujeto N° 4)

La falta de motivación, a su vez provoca alto niveles de tensión, poca valoración positiva por el buen desempeño, lo que produce muchas veces irresponsabilidades en el quehacer entregado o designado.

Los compañeros de trabajo muy pocas veces te dicen, lo haces bien...hay algo de envidia, no de todos pero si las hay...los jefes solo se preocupan que se haga el trabajo, para tener notas de mérito debes ser perfecta (Sujeto N° 2)

La suma de todos esos factores negativos se manifiesta en un ausentismo laboral que conlleva muchas veces a un aumento de licencias médicas y conduce a una mayor sobrecarga del trabajo al personal, de esta manera se van generando conflictos interpersonales al interior de los equipos de trabajo.

Existen demasiadas diferencias entre los compañeros de trabajo, hay rivalidades, envidias, que a la larga te cansan y te llevan a aislarte, te desmotivan (Sujeto N° 5)

La consecuencia de todo ello se expresa en una gestión del centro de salud deficiente e incentivos inadecuados, puesto que, por otra parte los sistemas de financiamiento, administración del personal y la falta de competencia no incentivan la eficiencia. Los recursos estatales se traspasan fundamentalmente teniendo en consideración, elementos históricos como las plantas de personal, fijadas por ley que son inamovibles, sin considerar las necesidades de la organización para dar una respuesta efectiva a los problemas de salud, todo lo cual repercute en un bajo nivel de motivación de parte de los trabajadores.

3.2. Nivel de actividades que se desarrollan

Las actividades que se desarrollan al interior del Centro de Salud muchas veces conllevan a formas repetitivas o en cadena, presentándose como un ciclo de larga duración, con una repetición de secuencias gestuales y funciones mentales siempre idénticas., lo que provoca un acostumbamiento pasivo a la función y una especie de resignación a permanecer en el mismo puesto de trabajo.

Yo desde que ingrese a este Centro llegue estoy en la misma lugar de trabajo, ni siquiera me atrevo a pedir que me cambien, además creo que ya me acostumbre a esto. (Sujeto N° 8)

El apego a rutinas laborales establecidas y relativamente inmutables supone para el trabajador un automatismo de ejecución que provoca fatiga y monotonía en el trabajo, lo que está directamente relacionado con descuidos y accidentes del trabajo. Esta se presenta especialmente en los trabajadores de las unidades de SOME (Servicio Orientación Médico Estadísticos) y farmacia, situación que es plenamente reconocida por los funcionarios.

Se da mucho que no existe mucha rotación en tu puesto. Eso provoca monotonía y cansancio (sujeto N°3)

Por otra parte, debido al déficit histórico de puestos en las plantas de los servicios de salud, existe un desfase entre el crecimiento de la demanda de los usuarios y la capacidad instalada del servicio para dar una adecuada respuesta, lo que genera un recargo en las actividades, frente al cual no hay una respuesta uniforme de los trabajadores, aumentando las tensiones internas y el círculo de malestar entre los funcionarios.

Las actividades están recargadas, hay mucha demanda de usuarios, y hasta ahora tienes que hacer tu trabajo y el de otros, como por ejemplo el de los auxiliares de servicio (Sujeto 10)

Se debe tener presente que este tipo de actividades genera un alto nivel de exigencias, considerando además que el trabajador de salud se convierte en soporte de otras vidas y destinos humanos, lo que hace de su actividad laboral particularmente dura y agobiante, por combinarse una labor de intensa responsabilidad y una disponibilidad continuamente abierta a las necesidades de los otros poniendo en peligro muchas veces su propio bienestar.

3.3. Las funciones

En las funciones desarrolladas por los trabajadores existe ambigüedad del rol, por la no identificación del alcance y los límites del cargo, lo que contribuye a aumentar los niveles de desmotivación y sentido de identificación con su labor, situación que afecta de modo principal a quienes carecen de una formación profesional.

En la medida en que una persona conoce claramente el papel que desempeña en la organización es consciente de sus responsabilidades y objetivos, esto genera un fuerte control frente a las demandas del cargo, aspecto que es puesto de relieve por quienes tienen una profesión.

La función esta relacionada con la profesión que eliges, así que es difícil no saber lo que te corresponde hacer en tu trabajo (Sujeto N° 16)

La definición precisa de funciones es valorada por los entrevistados quienes ven en esa situación un factor que favorece la estabilidad emocional y el desempeño, mientras que la carencia de esa definición puede llevar a trabajos mal realizados y a la presencia de factores de estrés. Como señala un entrevistado:

Debe ser estresante a veces saber que no haces bien tu pega, pero eso en salud es difícil que ocurra porque las funciones son más bien técnicas. (Sujeto N° 18)

Respecto a que es difícil que ese hecho ocurra en salud, otros entrevistados sostienen un punto de vista más matizado, puesto que reconocen que eso es válido para algunas funciones del sector profesional, pero indican que eso no es la regla general ya que hay funciones en las que existirían conflictos del rol.

Como tu profesión permite desarrollarte solo en tu área, no existen muchos conflictos en torno a tus funciones. Por lo menos no en el mío si se da mucho en el caso de los técnicos paramédicos y las enfermeras ahí hay algunos conflictos de rol. (Sujeto N° 4)

Se presenta una falta de precisión en las funciones a desarrollar como en el rendimiento de las actividades propias del centro de salud; muchas veces los funcionarios no tienen claridad de los objetivos planteados en el trabajo, por ejemplo, los técnicos paramédicos realizan funciones correspondientes a cargos administrativos como lo son entrega de leche, etc.; tampoco existen estímulos a las iniciativas y a las capacidades individuales; no existe un sistema de compensación que incentive el trabajo y no se valora la importancia en lo que respecta a sus labores.

Por otra parte también se estimulan las conductas de competitividad que generan cierto grado de individualismo por lo tanto no es en el equipo de trabajo donde se encuentra el apoyo necesario para la realización del trabajo.

3.4. Conflicto del rol

Las demandas y expectativas incompatibles generan una situación estresora del conflicto de rol, lo que crea tensiones entre los compañeros de trabajo y los cargos directivos. Si a ello se agrega la existencia de relaciones afectivas de pareja, se obtiene un panorama donde la conflictividad forma parte de la vida cotidiana de sus trabajadores:

Aquí entre los trabajadores hay serios conflictos, pero no solo de orden laboral sino también personales, pero que fatalmente contaminan y afectan a los fines institucionales y es más, algunos de estos conflictos se dan en trabajadores que fueron o son pareja o formaron familia, casos donde no sólo hay conflictos, sino competencia; hay una competencia a muerte. Imagínate cómo uno puede trabajar con gente que no se pueden ni aceptar. (Sujeto N°5)

Otro entrevistado manifiesta una opinión en el mismo sentido de la existencia de una tendencia a generar grupos cerrados, lo que crea condiciones para eventuales conflictos:

En algunas unidades de este centro existen grupos verdaderamente especiales, cerrados, se aíslan y no comparten con el resto de los funcionarios (Sujeto N° 9)

Dentro del trabajo en equipo es de vital importancia la participación de cada uno de los integrantes, para esto es necesario una comunicación efectiva caracterizada por canales accesibles, seguros y abiertos. Sin embargo, esto no se da entre los distintos trabajadores del servicio de salud, observándose entre ellos barreras teóricas y de lenguaje, además de las siempre presentes barreras impuestas por diferencias de status sociales, profesionales entre personas.

La comunicación es vital para todos, pero en este lugar de trabajo es escasa y en ello influyen muchos factores que impiden que esta exista. (Sujeto N°12)

La falta de comunicación entre los equipos y las diferentes secciones es otro factor que contribuye a dificultar el trabajo del consultorio y una fuente potencial de conflictos de

roles, toda vez que tiende a marcar la preeminencia de una parte y a dificultar la integración, elemento esencial para una atención de calidad a los usuarios y, al mismo tiempo, agrega un factor de potencial tensión para los trabajadores.

3.5.- Tipo de liderazgo al interior del establecimiento

El tipo de liderazgo que se da al interior del establecimiento, es de carácter autocrático en un sentido estricto: no existe delegación de autoridad y la autoridad vigila personalmente las situaciones favorables y desfavorables que puedan afectar al grupo; muchas veces puede ser generoso, pero siempre se está realzando la diferencia entre el jefe y subalterno, organiza personalmente el trabajo y reparte las tareas, se fiscaliza el personal elogiando y reprendiendo, pero defiende a sus subordinados frente a otras autoridades.

El liderazgo es siempre institucional, pero igual dentro de nuestro ámbito hay compañeros que tiene cualidades de ser líder pero el sector de salud es muy complejo yo diría que el sector indudablemente ha marchado mal, podría decir que esta es una de las causas por lo que salud, a veces pierde credibilidad ante la sociedad (Sujeto N° 6)

El liderazgo institucional presenta la desventaja de tener un origen de status adscrito a un determinado cargo y opera en forma independiente de cualidades de dirección, organización y articulación de consensos en torno a la tarea de parte de quien lo detenta, lo que dificulta la posibilidad de canalizar en forma adecuada las posibles iniciativas y propuestas de los trabajadores de base, las que eventualmente se pueden percibir como una crítica o una pérdida de poder respecto de las atribuciones del líder formal.

En el caso del sector salud, dada esa configuración histórica de un liderazgo institucional de características verticales, también existen históricamente las organizaciones sindicales y gremiales de los trabajadores como una contraparte que dialoga en forma orgánica con el poder, en las cuales se expresa en gran medida el liderazgo personal de los dirigentes ya que son electos por sus bases, aunque también puede darse el caso que la empatía de estos no esté acorde con los requerimientos que el cargo de dirigente

exige para su desempeño.

Los grupos líderes como son las federaciones de trabajadores, o asociaciones no están legitimante preparados en materias de derechos laborales por lo que al final de cualquier intervención no son apoyados por los socios o funcionarios (Sujeto N° 12)

Las interacciones formales e informales existentes entre los miembros de esta organización, conducen a divisiones en grupos y sub grupos, reflejando en muchas ocasiones desintegraciones al interior del centro de salud, situación que se presenta de forma especialmente conflictiva cuando se producen los paros de los trabajadores de la salud, los que habitualmente corresponden a movilizaciones nacionales que tensionan las relaciones al interior de los consultorios por las diferentes posturas ante los mismos.

3.6. Relaciones jerárquicas

Las relaciones con los directivos de la institución se dan de forma jerárquicas de manera lineal, es decir las interrelaciones son de trabajador-superiores, trabajador-subalternos esto obedece fundamentalmente al carácter piramidal de la institución y del sector salud, puesto que si examina la relación entre el consultorio y el Ministerio de Salud se obtendría un bosquejo simétrico a la existente entre los directivos y el personal de la institución.

El trabajo siempre es dirigido, en salud existen normas para atención al enfermo, estas son denominadas como las normas técnicas y son impartidas por el Ministerio de Salud, así que siempre existen relaciones jerárquicas que conducen tu trabajo. (Sujeto N° 11)

En ese contexto, el trabajo de equipo muchas veces se ve deteriorado por un sistema que es altamente jerarquizado y por un estilo de gestión autoritario, lo que a su vez repercute en las relaciones interpersonales y obstaculiza el funcionamiento de equipo.

Las jerarquías están presentes por las jefaturas, estas son las que imponen las tareas a realizar, muchas veces se dice que el ideal es trabajar en equipo, pero eso en la práctica no se da mucho. Existen diferencias a nivel profesional y no profesionales, a pesar que esto era mucho más antes. (Sujeto N° 7)

El resultado previsible es una actitud de cumplimiento formal de las normas y directrices que entregan las jerarquías y un bajo nivel de iniciativa personal para enfrentar los problemas, puesto que no existe la certeza de un respaldo de las jerarquías a las acciones que puedan promover o realizar los trabajadores, lo que conlleva la presencia de otro factor potencial de estrés: la auto represión del trabajador frente a su objeto de trabajo.

3.7. Relaciones con sus compañeros de trabajo

Las relaciones que se dan al interior de este establecimiento de Salud Primario, emergen de manera espontánea, posibilitadas por el lugar y en función de la actividad que se realice, de la localización y del ambiente, reflejándose una participación mayor de las mujeres que de los hombres, en lo que se refiere a acontecimientos propios del centro de salud. Esto obedece a que existe mayor número de mujeres trabajadoras que hombres.

La práctica sindical fue y sigue siendo un activo de los trabajadores del sector salud, lo que al mismo tiempo tendía a caracterizarlo como un espacio de solidaridad gremial y de sólidas interacciones personales, como lo reconoce como un cierto matiz de nostalgia una de las entrevistados al señalar que: *“antiguamente todos éramos unidos este Consultorio era como una familia (Sujeto N°18)”*

Sin embargo, tal tendencia parece estar debilitándose y los entrevistados reconocen que las relaciones interpersonales dentro del centro se rigen por una tendencia más individualista que por enfoques solidarios y cooperativos con respecto a sus compañeros de trabajo.

Los últimos años han acontecido que los compañeros de trabajo están centrados solo a nivel individual, debe ser por que son en su mayoría personas jóvenes y nuevos en el servicio (Sujeto N° 15)

La irrupción de los rasgos de la postmodernidad en el ambiente laboral, con su carga de individualismo y ruptura de las redes y formas de solidaridad existentes en las relaciones interpersonales, produce quiebres que afectan la calidad del trabajo, en especial por no

contar con los respaldos o ayudas personales de sus compañeros, vale decir, sin que estén contempladas dentro de las normas institucionales.

Existe un ambiente individualista, los grupos son muy cerrados así que no se puede contar con mucha ayuda dentro del trabajo (Sujeto N°13)

3.8. Las relaciones funcionales

Las diferentes relaciones que se establecen al interior de la organización, para el avance de las tareas y que se relacionan con una política de trabajo y el desarrollo y desempeño laboral, se ven obstaculizadas por factores relacionados con la falta de recursos humanos y materiales, pero especialmente por la carencia de una actitud y una práctica de solidaridad interna entre los miembros del equipo, como se desprende de las afirmaciones de los propios trabajadores.

Las relaciones están marcadas por la desunión, poca solidaridad, relaciones interpersonales pobres a nivel general (Sujeto N° 16)

Todas las teorías acerca de la calidad, en cualquier ámbito del quehacer humano, sostienen como principios esenciales el compromiso de las personas con la tarea, articulación de redes de cooperación y solidaridad para conformar una identidad institucional y un sentido de pertenencia a un equipo, lo que se traducirá en el logro de las metas propuestas y en la proyección de una imagen positiva ante los usuarios y la comunidad, aspectos que en la visión de los funcionarios son muy débiles en su centro de trabajo.

Existe una visión de que los funcionarios de salud son flojos, puede que se tenga en algún grado razón, pero a eso hay que sumar, el ambiente laboral y de relaciones interpersonales es complejo, son todos muy diferentes, hasta existen grupos clasistas que no comparten con los demás, se aíslan, no se comprometen con el trabajo y menos con los pacientes. (Sujeto N°5)

La ausencia de redes funcionales de cooperación y compromiso, como se puede apreciar, conduce en grado variable a la pérdida del objetivo social de la institución y, como lo reconoce el entrevistado N° 5, a una visión crítica de los usuarios y de la comunidad respecto de su desempeño y su actitud ante el trabajo. En ese sentido, es necesario recordar que la falta de reconocimiento social a un determinado desempeño es un factor que por su sostenimiento y repetición puede convertirse en un factor de estrés.

3.9. Niveles de participación

En el consultorio existen instancias reconocidas para la participación de los trabajadores, las que se enfocan hacia aspectos gremiales, temas relacionados con el trabajo y la capacitación, y un espacio más informal –pero igualmente institucionalizado- que dice relación con festividades y fechas conmemorativas.

La participación en la toma de decisiones está dada de manera personal o de manera más formal por medio de los representantes de unidad en acontecimientos que involucren dicho proceso, las que se canalizan especialmente en la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS) o en los comités de capacitación.

Existen comités para decidir que tipo de capacitación se puede entregar a través del servicio, ahí participamos un representante de cada unidad, y lo otro es que podemos participar en la FENATS (Sujeto N° 4)

Los espacios de participación para una convivencia de tipo social que puede incidir en el surgimiento de redes de empatía interpersonal entre los trabajadores, están definidos dentro de la institución por las diferentes actividades institucionales, como celebración de aniversario, día de los estamentos, etc.

Para el aniversario del consultorio siempre se hace por lo general un paseo o una celebración al interior del consultorio, yo participo desde siempre, la paso bien, pero me molesta que siempre se junten los mismos grupos cerrados y eso afecta bastante a nivel general (Sujeto N°18)

Los sujetos de estudio –como se puede apreciar- manifiestan que al interior del establecimiento los espacios que se generan de participación y organización, aunque parezca contradictorio, son muy poco participativos, en el sentido que no logran producir variaciones en la redes internas de relaciones interpersonales, por lo cual esas actividades solo implican que los mismos grupos y subgrupos habituales sigan actuando en forma cerrada, aunque en un escenario circunstancialmente diferentes.

Asimismo, pareciera que estas celebraciones tampoco logran romper –aunque fuese en forma transitoria- el fenómeno de la brecha generacional que también parece pernear las relaciones entre los trabajadores, como lo manifiesta el siguiente testimonio:

Yo no participo en celebraciones porque no se comparte mucho. Antiguamente era mucho mejor todo. Ahora que ha llegado mucha gente nueva ya nada es igual. (Sujeto N° 3)

A partir de las opiniones de los entrevistados, se va conformando un panorama en el que los elementos de diferenciación y separación tienen más peso que los posibles factores que pudieran implicar el establecimiento de redes de cooperación y solidaridad entre los funcionarios, situación que sin duda contribuye a crear una base de tensiones no explicitadas ni resueltas, con el consiguiente efecto de medio plazo de desagrado con el lugar de trabajo que, como ya se señaló, es un factor de riesgo para el estrés.

3.10. Niveles de Comunicación

Al interior del centro de salud la comunicación se presenta generalmente con carácter formal y en ocasiones de carácter informal. En todo caso ambas formas de comunicación se caracterizan porque no se generan en espacios favorables y necesarios para el desarrollo de relaciones interpersonales durante el tiempo de trabajo, se tiende a reducir al trabajador a una situación de aislamiento, tal contexto no favorece una buena comunicación para la ejecución del trabajo.

La comunicación formal esta dada por las normas que se imparten al interior del grupo humano que labora en este Consultorio, a nivel de equipo de salud se dan buenos niveles de comunicación. (Sujeto N°7.)

Una de las consecuencias que impedirían adecuados niveles de comunicación estaría dada, por la cantidad de trabajo, es así como lo plantea el siguiente entrevistado:

La comunicación esta limitada por el exceso de trabajo, y las malas relaciones interpersonales entre compañeros (Sujeto N° 8).

Los entrevistados coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos, que faciliten adecuados canales de comunicación de quienes ahí laboran.

3.11. Procesos de Socialización

Las condiciones bajo las cuales los trabajadores deben desarrollar su actividad pueden determinar el impacto, y la magnitud del mismo, sobre su salud. Las condiciones de trabajo no deben ser limitadas nada más a las condiciones físicas que envuelven al puesto de trabajo o al trabajador; se debe tener en cuenta el proceso de socialización, el ambiente socio-económico, el organizacional, el estado psico-social del trabajador, y aun más allá, el entorno familiar del trabajador, que puede en gran manera afectar la concentración y actitud hacia la actividad a desempeñar.

Uno de los objetivos al interior de la institución de salud es facilitar el ajuste o vinculo de un trabajador o trabajadora a la organización y a la labor que desempeñan, lo que en la actualidad sólo constituye una aspiración de parte de los funcionarios:

Debería existir una atención directa de profesionales tales como médicos, psicólogos, asistente sociales para la atención del funcionario cuando lo requiera y no estar pidiendo como un favor la atención de los mismos profesionales del consultorio.(Sujeto N° 8).

Lo anterior da cuenta que un aspecto particular de las políticas laborales consistente en que dentro de las distintas instituciones existan programas precisos dirigidos al personal de salud para que se hagan revisiones médicas y detección temprana de ciertas patologías o, bien, para promover la salud, no se está cumpliendo en el caso de este consultorio, aspecto que es ratificado por otro entrevistado:

"No, no ha habido nada de eso, que te digan: oye hay un programa para detectar presión arterial, colesterol o eso, pues tendrías que ir al centro de salud, como parte de los programas abiertos. Pero que te digan, sabes que tienes que hacerte un chequeo como parte de las actividades que tienes que desarrollar aquí, así que es obligatoria, no, de eso no. (Sujeto N° 9).

Esta situación, enmarcada en una posible política de reducción de costos, significa a la larga un costo funcional y económico mucho mayor ya que implica que los funcionarios deben solicitar permiso para poder acceder a la atención médica, con los efectos laborales ya señalados en párrafos precedentes: mayor carga para quienes deben absorber el trabajo del funcionario que no asiste a sus labores.

3.12. Clima laboral

Otro elemento de la vida institucional es el relacionado con el clima laboral y que están ligadas a las interrelaciones personales que se establecen entre los distintos integrantes de una organización en el espacio cotidiano de trabajo. El hecho de que en el ambiente laboral exista competencia desleal, envidias e intrigas, genera un clima de desconfianza y de incomodidad, lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal. Este problema fue señalado frecuentemente para los distintos entrevistados, como se observa en el siguiente testimonio:

"En el trabajo sí, a veces se siente muy tenso el ambiente en casi todo el Centro de Salud y eso hace sentir mal, entonces hay gente que no quiere a la doctora [la directora del Centro de Salud] y uno se siente incómoda porque ya no hay esa relación que había antes entre el médico y la enfermera, entre compañeros etc..... de verdad me hace sentir mal, no triste, yo creo que no es tristeza, es decepción de las cosas de aquí, del ambiente de trabajo" (sujeto 18).

Los entrevistados perciben una falta de apoyo entre ellos mismos, la presencia de conflictos intra y extra grupales que alcanzan un alto grado de intensidad y sentimientos de ansiedad. Esta forma de percibir el ambiente laboral genera una alta tasa de ausentismo laboral y de alguna manera representa la forma de cómo se aborda el conflicto. Así como lo manifiesta el siguiente entrevistado:

De eso ni que hablar, acá existe de todo para empeorar el ambiente laboral, hay muchas envidias y competencias, pero esto es muy marcado en las mujeres. (Sujeto N° 6)

Hay que destacar que los entrevistados tienden a dar repuestas ambiguas u omiten sus repuestas cuando les corresponde pronunciarse sobre los conflictos interpersonales y sobre el propio clima laboral. Lo que permite concluir que son las conductas evitativas, como el ausentismo laboral o el silencio, las formas más recurrentes para enfrentar los conflictos laborales.

3.13. Tiempos de Trabajo

La actividad laboral desarrollada por los funcionarios del centro de salud se distribuye en horarios diurnos de 8 horas., de lunes a viernes, incluyendo horas extraordinarias, las que se realizan en la jornada de semana o en fines de semana, la ejecución de las tareas se desarrollan según el cargo que ocupe el trabajador.

"Yo como Médico trabajo toda la semana [siete días] y sí me absorbe todo el tiempo y pues muchos estamos en esa situación porque usted sabe que los sueldos que tenemos pues no son muy buenos, si los sueldos fueran mejores yo creo que todos tendríamos un solo trabajo, pero pues tenemos que buscar la manera de salir adelante, somos muchos que estamos igual, la mayoría yo creo que tenemos dos empleos" (sujeto N°12).

Una política salarial de las instituciones basada en bajos salarios permite que el personal con mayor calificación, como médicos y enfermeras puedan tener sustento para el argumento que justifique su práctica de múltiples trabajos y para que el personal de servicio, administrativo y paramédico esté en la búsqueda de horas extraordinarias:

La jornada de trabajo es agotadora, la carga de trabajo es demasiada, y los incentivos económicos son muy bajos Para muchos trabajadores las horas extraordinarias son compensatorias a nivel económico y para otros son complemento para terminar el trabajo que en tiempo normal no se logra dar término. (SujetoN° 6).

Además, coexiste una elevada rotación en la tarea desarrollada por los funcionarios, generando una alteración de menoscabo que se puede traducir en una falta de interés en el trabajo a realizar y una mera identificación con la organización, acontecido por la falta de incentivos, reconocimientos y falta de oportunidades.

3.14. El Ritmo del trabajo

El ritmo de trabajo es elevado en lo que se refiere, a las exigencias de la tarea como a la rapidez necesaria, para dar respuesta a la demanda de los usuarios., lo que combina con la responsabilidad que implica trabajar con personas, como lo manifiestan dos entrevistados:

El ritmo de trabajo es exigente por la acción que cumple esta organización de salud. (Sujeto N° 11).

Este trabajo es altamente de responsabilidad, por que se trabaja con personas enfermas. (Sujeto N°16).

Este problema se agudiza por la escasez de recursos, la falta de infraestructura y de capacitación del trabajador, que repercute directamente en el tiempo, en la calidad, en los aspectos organizacionales y eficacia del trabajo.

En la actualidad se privilegian las gestiones de los centros de salud .Hay que dar mucho para lograr un buen compromiso de gestión pero esto esta dado solo por los funcionarios comprometidos. Porque jamás tenemos más recursos para lograr una adecuada calidad laboral que beneficie a los usuarios y a los trabajadores. (Sujeto N°3).

De acuerdo a lo expresado por los entrevistados en relación al ritmo de trabajo que se da en este lugar de trabajo en salud estaría ligado a la magnitud de prestación de servicios que esta institución presta y el nivel de responsabilidad de esta institución, lo que sin duda constituye un factor estresante para los funcionarios..

3.15. Recursos Humanos

La organización siempre esta limitada por los recursos que se entregan desde el área central, este establecimiento depende directamente del Ministerio de Salud, por lo que existen escasos recursos para dar respuestas a las grandes demandas del sector salud.

La falta de recursos hace que no dependa de nosotras la mejor atención al paciente, pero la demanda de este y sus familiares nos hacen responsable a nosotros directamente y eso hace que se produzcan sentimientos de rabia, impotencia y de culpa. (Sujeto N° 11).

En este sentido, los funcionarios hacen una evaluación negativa de la oferta existente, tanto a nivel cuantitativo (cantidad de recursos disponibles v/s demanda), como a nivel cualitativo (calidad de la atención y pertinencia de los servicios entregados).

Es muy complejo atender a los enfermos en condiciones mínimas, en ocasiones no existen los más mínimos insumos. (Sujeto N° 17).

La alta demanda es uno de los factores determinantes del intenso ritmo de trabajo y de la excesiva presión de tiempo que experimentan a diario los trabajadores.

El recurso humano, material y físico son entes importantes para el desempeño laboral y que a su vez la carencia de ellos provoca estresores significativos a nivel del trabajador y del usuario. (Sujeto N° 18).

Sin embargo este aspecto no parece ser tomado en cuenta por los usuarios quienes tienden a percibir sólo las eventuales demoras en los tiempos de atención y por las autoridades del sector que mantienen congeladas las plantas de los servicios.

3.16. Evaluación del desempeño

La evaluación de desempeño es un proceso mediante el cual se identifica el cumplimiento o no de las tareas u objetivos propuestos para cada funcionario y donde se hace el reconocimiento de la labor realizada por el trabajador, corresponden a las calificaciones que se aplican dos veces por año. Consiste en un instrumento que mide en la evaluación, calidad trabajo, conocimiento del trabajo, relaciones interpersonales, cumplimiento de las responsabilidades (horario, licencias, ausentismo etc.) Existe una escala de calificación, en lista 1, 2, 3 y 4. Aquellos que obtienen la clasificación 1 obtienen un bono económico extraordinario.

Yo llevo muchos años de trabajo. Mis calificaciones son buenas...pero eso no sirve de mucho ya que no hay muchos incentivos para ello, es mas los más nuevos también tienen excelentes notas y eso que están muy recientes en los cargos. (Sujeto N° 14).

De acuerdo a lo investigado, las instituciones públicas se rigen con normas, que han permanecido por mucho tiempo, leyes que al parecer se pretende regular con la Reforma de la Salud.

Esto es histórico en el servicio Publico, la falta de incentivos, la valoración por el sujeto funcionario y el reconocimiento. (Sujeto N° 16).

Otro aspecto particular y sentido por los trabajadores es que no están conforme con los procesos de evaluación.

No se cual es el sentido de las evaluaciones y calificaciones, si a la larga siempre es lo mismo a nivel laboral, a nivel económico y de capacitación. (Sujeto N° 18).

Esta observación toca un aspecto fundamental para el éxito de los sistemas de evaluación: que los evaluados conozcan con claridad sus objetivos y que del resultado de la misma se derive un sistema de sanciones y estímulos.

3.17. Capacitación

Esto está orientado básicamente a las herramientas que se les brindan a los trabajadores para el crecimiento personal y profesional dentro de la organización. Estas capacitaciones se dan pero en forma limitada, por la falta de recursos, donde no todos los funcionarios pueden optar al perfeccionamiento que se requiere.

Las capacitaciones que entrega el servicio son muy pocas para la cantidad de funcionarios que existen a nivel de Servicio Salud Metropolitano Central (Sujeto N° 6).

Los entrevistados coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, que faciliten procesos de capacitación:

Los incentivos son tan pocos, no existe capacitación, no hay reconocimientos cuando uno lo hace bien o se compromete mas de lo que corresponde, los sueldos son pero bajísimos, nosotros no tenemos mucha vida social, ya que también se ve imposibilitado por los ingresos y por los tiempos. (Sujeto N°7).

Otro elemento que causa algún grado de problema es la tecnología, según nos cuenta el siguiente entrevistado:

La modernidad a nivel de tecnología, de enfermedades están evolucionando, pero nosotros los trabajadores del sistema público nos estamos quedando atrasados por falta de presupuesto para capacitación. (Sujeto N° 9).

La innovación tecnológica existente, proveniente de las nuevas tecnologías en vez de ser un apoyo a la tarea diaria de los funcionarios referente a aspectos organizacionales, se transforma en una dificultad para los funcionarios, ya que no existe una preocupación real para el aprendizaje y capacitación profesional.

Cuando llegó la modernidad computacional al centro de salud creó mucho estrés. Una los computadores eran dos o tres para todo el servicio, dos que no entregaron capacitación,...lo que generó mucho estrés para el desarrollo del trabajo. Ahora existen más computadores pero nunca han sido los suficientes (Sujeto N° 13).

La incorporación de nuevas tecnologías representa un factor de riesgo profesional, y su falta de control por los trabajadores y trabajadoras, que lo perciben más como amenaza, que como un apoyo a su trabajo, genera situaciones de ansiedad, estrés y disminución de eficiencia. Tal situación es producto de la falta de capacitación para los recursos nuevos que se implementan en el centro de salud, pese a que en los diversos discursos que emiten los representantes de los gremios de la salud plantean que se considere el ámbito de las capacitaciones.

Siendo la Capacitación un aspecto fundamental en el proceso de Modernización del Estado, solicitan un esfuerzo conjunto del Gobierno con las Organizaciones Gremiales para fortalecer los Comités Bipartitos de Capacitación, aumentar los recursos para estos efectos y velar por su oportuna ocupación por parte de los Funcionarios Públicos.

Adicionalmente demandan un incremento en el Fondo de Capacitación Sindical, ello fundamentado en la inclusión de las PYMES como demandantes de recursos, o en su defecto la exclusión de estas Empresas de Fondos cuya naturaleza no es otra que la Capacitación Sindical.

3.18. Carrera funcionaria

Se refiere a las Políticas de ascensos y de desarrollo de la carrera profesional, a las estrategias adoptadas formalmente por la organización de salud para garantizar la duración laboral de los funcionarios, este beneficio se otorga y esta determinado por lo procesos institucionales y que involucra a todos los profesionales no médicos, a los técnicos, administrativos y auxiliares., generando grados de acuerdo a escalafones.

Existimos aún muchos funcionarios contratados como a honorarios, tema que de acuerdo a la legislación laboral puede ser sólo por un período mientras se pasa a contrata. (Sujeto N°10).

Las políticas y reglamentaciones de la salud son de forma rígida y se manifiestan en su estructura dirigida por el estatuto administrativo.

Los funcionarios que estamos como titulares es muy difícil acceder a un grado, por que no corren los cargos. (Sujeto N° 17)

De acuerdo a lo expresado por el siguiente entrevistado, lleva 30 años de ejercicio profesional en este mismo servicio de salud: ***Para poder acceder a un grado es difícil por que existen muy pocos cupos de ascenso de carrera funcionaria. (Sujeto N 18)***

La reforma de salud viene precedida para corregir o modificar estos estándares tan estructurados y poco beneficiosos para los funcionarios de la salud.

Los trabajadores del Sector Público conscientes de la necesidad de realizar una profunda reforma en el Sector Salud, demandan del Gobierno que las bases de esta Reforma se inspiren en un modelo de salud solidario, equitativo y universal, que fortalezca el Sistema Público de Salud, desterrando políticas neoliberales como las impulsadas por el Banco Mundial que consagran la salud como una mercancía. En síntesis como funcionarios y como usuarios del sistema público de salud reclaman rescatar el tema valórico en el campo de la salud, como un derecho básico del conjunto de la población, asegurado por el Estado.

Dentro de este contexto también los entrevistados mencionan preocupación por su situación previsional, especialmente aquellos que tienen muchos años de ejercicio laboral.

Yo soy una persona que he trabajado toda mi vida en este Servicio de Salud, y mi preocupación diaria tiene que ver con mi pensión que recibiré cuando jubile, será una miseria, yo me cambie a la AFP cuando estas aparecieron así que mi futuro previsional no es alentador (Sujeto N° 18).

Dentro de las demandas que los gremios solicitan a las autoridades es la reparación al daño previsional, provocado en 1982 por el cambio del régimen solidario o de reparto al de capitalización individual.

La Comisión Previsional de la Mesa del Sector Publico, ha realizado diferentes propuestas y estudios que demuestran fehacientemente el daño previsional de un numeroso sector de Trabajadores públicos traspasados a las AFP. Muchos funcionarios públicos están

en edad de jubilarse, que no lo hacen por la merma sustancial en sus ingresos por su bajo Bono de Reconocimiento y la Subcotización de imposiciones hasta el año 1993. Es por esta razón que la Mesa de Presidentes ha estimado conveniente demandar del Gobierno la constitución de una Comisión Bipartita Gremios-Gobierno para la búsqueda de la Reparación al Daño Previsional sufrido por estos trabajadores, a partir de la negociación del presente año.

3.19. Estresores físicos y ambientales

Toda actividad de trabajo, bien sea remunerada o no, tiene implícita la realización de actividades con el fin determinado de cumplir el objetivo propuesto. En diversas medidas, las actividades que se realizan implican cierto grado de riesgo, de tal forma que si este riesgo no es tomado en cuenta, puede, al transcurrir un lapso de tiempo, ocasionar lesiones o enfermedades que serán relacionadas ineludiblemente al proceso de trabajo.

Las condiciones de trabajo son un factor importante de considerar en el desarrollo que envuelven al puesto de trabajo o al trabajador, aspecto del que están plenamente conscientes los entrevistados, como lo demuestra el siguiente testimonio:

La sobrecarga laboral, el exceso de pacientes, la falta de lugares físicos adecuados y las pobres relaciones interpersonales, son situaciones estresantes a las que estamos sometidos los trabajadores de la salud (Sujeto N° 5).

El estrés ocasionado por el tipo de situaciones a las que deben enfrentarse, aunado a las condiciones físicas, las cuales son rigurosamente soportadas por los trabajadores, por que generalmente las unidades no cuentan con acondicionadores de aire, y la carga que implica el desplazamiento por la ciudad y su tráfico, pueden añadir otros ingredientes para que se desate una situación conflictiva, resultando afectada la salud del trabajador.

Los recursos que se entregan a este sector son tan pocos, la higiene del lugar, no hay calefacción, en el invierno nos morimos de frío, por que además la calefacción esta mala, o no hay gas, y en el verano no hay ventilador. (Sujeto N° 1).

De acuerdo a lo observado y manifestado por los mismos entrevistados el ambiente físico de este Centro de Salud esta expuesto al ruido, temperatura, malas condiciones de higiene, condiciones climáticas por ejemplo: en el invierno mucho frío y en el verano mucho calor sin poder contar con calefacción ni aire acondicionado, falta de espacio para el trabajo, falta de box de atención y oficinas, los espacios por tanto son insuficientes para brindar una optima atención y lo que es coincidente con las declaraciones entregadas por los entrevistados.

El carácter cotidiano de la jornada de trabajo con respecto a la alta demanda de los usuarios, junto con la insuficiencia de recursos humanos y materiales configura un escenario de tensión constante, generando un desgaste emocional y físico.

4.- ESTRESORES EN LOS FUNCIONARIOS, QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN HACIA LOS USUARIOS

La trascendencia de esta realidad en relación a la calidad en el servicio centrada en el cliente o usuario y el " Proceso de mejoramiento continuo de la calidad", como señala *Alva y Vásquez (2001)*, son los elementos que producen satisfacción o insatisfacción con los usuarios de los servicios y la atención de salud están ligadas a las oportunidades de interacción entre los funcionarios, así como la interacción socio emocional que establezca entre ellos. También entran en juego los juicios de valor de los usuarios y la disponibilidad de elementos tangibles para un tratamiento exitoso.

La importancia del sector sanitario en el mundo del trabajo es creciente, y en muchas ciudades y comunas los Centros de Salud son las empresas más importantes en cuanto al número de trabajadores que ocupan y por la importancia social de su tarea.

“Somos los administradores de los recursos del Estado, pero contamos con recursos insuficientes para la población beneficiaria”. (Sujeto N° 12).

Es innegable la importancia de efectuar un excelente trabajo cuando se trata de la salud de las personas, especialmente si está comprometida la vida. Por esto el personal debe prestar el servicio en óptimas circunstancias, y esto incluye desde el equipamiento de las unidades hasta las adecuadas condiciones y aptitudes del personal, situación que no se refleja necesariamente en la realidad:

La carencia o falta de recursos es un factor muy importante para dar satisfacción al paciente (Sujeto N° 18).

Las actitudes del personal también son un factor importante para enfrentar la atención al usuario, así lo manifiesta el siguiente entrevistado:

Si existiera un buen clima laboral y social al interior de estos Centros de Salud la atención hacia el usuario también mejoraría, y no estaríamos tan expuestos como lo estamos (Sujeto N°17).

Para *Anderson* (1998 -1999), uno de los aspectos importantes en la calidad de los servicios y que está en mente de los trabajadores y usuarias/os, están en relación a la solución tangible de los motivos de consulta, al factor tiempo y a una relación usuario - proveedor respetuosa, el buen trato y la capacidad resolutive en el problema motivo del servicio, tal como lo estipula la Carta de los derechos del usuario FONASA/MINSAL.

Los trabajadores hombres encuestados sienten que la atención brindada hacia el usuario es adecuada, pero reconocen que muchas veces esa percepción no es compartida por los usuarios, como lo expresan dos entrevistados

Los pacientes concurren mucho al Centro de salud, algunos responden de forma agresiva, cuando no se le puede atender por falta de números para su atención, pero por lo general la atención es buena. Solo puede ser considerada mala por la falta de recursos. Por nada más (Sujeto N° 5).

Es difícil hacer entender a los usuarios que no hay medicamentos, que no hay números para atención médica, siempre atribuyen la responsabilidad al funcionario. (Sujeto N° 13).

La percepción de los usuarios de acuerdo a información recopilada a través de una encuesta usuaria aplicada en el primer semestre 2003 por el Consejo de Desarrollo Local del centro de Salud, manifiestan que la gran parte de su grupo familiar se atiende en este Centro de Salud y en su mayoría son beneficiarios del sistema. (FONASA A, B, C, D).

En relación a la estructura de este establecimiento, plantean que les es fácil llegar a éste, que tiene una buena ubicación y accesibilidad, que habitualmente llegan caminando por falta de recursos para la locomoción. El espacio físico es estrecho sobre todo en las secciones destinadas a maternal y control de niño sano. Afirman que la presentación en general es regular, las paredes se encuentran sucias, les falta pintura, los pasillos carecen de basureros y el aseo de los baños es calificado como sucio, en el momento de aplicación de la encuesta estaban clausurados.

Consideran que el tiempo de espera en la atención es muy largo, el problema se centra específicamente en la cantidad de números que se entregan son muy pocos para las atenciones médicas y dentales, señalando una diferencia entre la oferta y demanda que al utilizar la línea 800, no logran números, por lo que deben llegar de madrugada al Centro de salud sobre todo para las horas de dental hay casos que se amanecen en este lugar para lograr atención.

Cuando se les plantea a los usuarios que duración deberían tener la atención profesional, ellos estarían satisfechos si fuera entre 10 a 20 minutos y que siempre sean atendidos por el mismo profesional cada vez que consulten. Los motivos que los beneficiarios del sistema tienen para atenderse en este Consultorio son muchos, porque la atención es gratuita, es el único consultorio en el sector, porque les entregan los medicamentos, porque no tienen otros medios para satisfacer sus necesidades de salud en otro sistema de salud, y porque les gusta la atención.

En relación a la información que tienen con respecto a sus derechos es buena, aunque la encuesta demuestra que no leen los paneles informativos que se ubican al interior

del Centro de Salud.

Dentro de los cambios que han observado en la atención es que en la actualidad ha mejorado el trato de los funcionarios hacia los usuarios y que se ha ampliado el horario de atención (horarios extensivos para atención médica) y que al consultar en este último tiempo le ha permitido solucionar en gran parte su problema de salud. A pesar que parte importante de la población beneficiaria es referida a atención especializada ya sea en los Centros de Referencias, Centros de Diagnósticos y tratamiento del Hospital San Borja Arriaran.

Las sugerencias que los encuestados hacen se relacionan con el aumento de la cantidad de números de atención, que exista calefacción y un buen trato de los funcionarios hacia ellos. (Ver Anexo encuesta usuarios)

La satisfacción laboral plena no existe. Un entorno laboral frío y carencias de todo tipo, falta de medicamentos, y otros insumos, falta de espacios adecuados y equipamientos modernos para la atención de los pacientes afectan a los prestadores de servicios sanitarios, provocando ciertas crisis entre usuario/ funcionario. Los máximos representantes de los recursos que el estado posee son los trabajadores de salud, un sistema de salud en crisis y a punto de desplomarse.

5.- SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y TRASTORNOS EMOCIONALES QUE PRESENTAN LOS TRABAJADORES DE SALUD

El escenario de las instituciones de salud pública tiene características peculiares que lo vinculan necesariamente con experiencias laborales estresantes. La necesidad de atención urgente que la población plantea como consecuencia de alteraciones imprevistas graves ocupa un espacio importante en toda organización sanitaria. En esta atención la actividad es siempre cambiante y la espera puede significar la pérdida de una vida. Esta situación de poco control que hace referencia a la escasa o nula influencia que tiene el

trabajador de la salud sobre el contenido y planificación de su trabajo está íntimamente vinculada con la experiencia de estrés, como lo manifiesta el siguiente entrevistado:

Los niveles de estrés están relacionados con un todo, lo laboral, la familia, lo económico. En los servicios de salud este tema pasa a un segundo plano, no se preocupan y hasta nosotros como trabajadores le bajamos el perfil, lo importante de esto es contar con apoyo y preocupación. (Sujeto N° 10).

Los entrevistados coinciden que la presencia de problemas de salud mental que se generan especialmente por la falta de una red de apoyo social adecuada. Donde los grupos más vulnerables son las mujeres, por su alto grado de responsabilidad tanto en su quehacer laboral como familiar. Tal situación se da especialmente en los técnicos paramédicos, administrativos y auxiliares de servicio.

Deberían preocuparse por darnos apoyo social y psicológico, debido a la constante carga de estrés laboral a la que estamos expuestas (Sujeto N° 8).

Las personas con alto grado de apoyo social tienen una actitud optimista y se sienten comprometidos con su trabajo y su vida, tienen un sentido de control e interpretan los cambios y los problemas como retos y no como amenazas, mientras que personas con poco apoyo social tienden a asumir una actitud pesimista a los estresores y realizan acciones evasivas de ellos, disminuyendo su eficiencia.

En relación al apoyo social y el optimismo, tanto hombres como mujeres consideran que estos son factores positivos para enfrentar los problemas de salud mental. Además los trabajadores de salud exteriorizan que este debe ser el principal objetivo a abordar por las autoridades de salud dirigiendo acciones de intervención al mejoramiento de los niveles de salud mental de la población trabajadora.

El Servicio de Salud debería preocuparse por las condiciones laborales y emocionales de sus trabajadores. (Sujeto N°10)

Se debe enfatizar entonces en relación a la información recopilada, que el segmento que requiere atención prioritaria en el diseño de iniciativas públicas y/o privadas,

destinadas a mejorar los niveles de salud mental, son los trabajadores de salud en general, por el desgaste laboral, emocional, económico y social que padece.

Es así como lo visualiza el siguiente entrevistado cuyo cargo tiene que ver con el personal:

El ausentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo son elementos presentes al interior de este servicio de salud, pero que aun no existe voluntad por las autoridades o directivos de abordarlas. Urge que se puedan destinar programas de prevención y manejo de estrés (sujeto 11)

Los trabajadores abordados en esta investigación que se encuentran afectados por algún trastorno emocional, conciben la salud mental como una experiencia lejana, no existiendo al respecto diferencias significativas, entre aquellos que la padecen.

El hecho de que una situación nos produzca estrés depende de cómo la evaluemos y de cómo consideremos nuestra habilidad para manejarla (sujeto N°15)

Lo más interesante que revela la entrevista aplicada en la organización es que el estrés en el trabajo todavía no se convierte en una situación problemática. Encontramos que minoritariamente tanto hombres como mujeres se sienten afectados en su salud mental, y que logran identificar con precisión los síntomas que les afectan: frustración, actitud negativa al realizar sus labores diarias: deprimidos, tristes y fatigados, etc.

Una funcionaria, cuando se le pregunta si ha sentido grados de ansiedad, demuestra el grado de conocimiento y de manejo que tienen de la ansiedad:

Nosotros somos los mas conscientes que síntomas podemos padecer cuando yo paso con hambre, obvio que es ansiedad, aun no termino de comer cuando ya estoy con mucho apetito. Es más últimamente he estado con mucha irritabilidad y mal humor, nerviosismo y soledad. Pero en fin que puedo hacer, si no hay tiempo por que hay que trabajar, no tengo posibilidad de un especialista por que hay que tener dinero, solo queda que pueda detener esto sola, y ver que sucede mas adelante.(Sujeto N° 7).

En la dimensión si se sienten afectados en su salud mental los sujetos del estudio lo relacionan directamente con el trabajo que realizan, al que sienten por sí mismo como un factor de estrés, como lo expresa uno de ellos: ***“En esta actividad el estrés es inevitable, forma parte del trabajo (sujeto N° 15)”***, opinión que no es compartida por todos los entrevistados, ya que otro funcionario afirma que ***“No se puede decir que este trabajo sea especialmente estresante (sujeto N° 17).”***

Los datos de la investigación indican que los funcionarios postergan las revisiones médicas con un profesional de la salud cuando se tiene una sintomatología específica, porque conocen de antemano, tanto los procedimientos a los que van a ser sometidos, como los posibles resultados, por lo cual caen en prácticas de automedicación. Otra característica es que ocasionalmente los trabajadores solicitan una cita y acuden a consulta médica cuando lo requieren; por el contrario, lo más frecuente es que consulten a un colega en el pasillo o acudan con el dentista cuando lo tienen a la mano o se practican exámenes de laboratorio en el propio ámbito laboral y ellos mismos evalúan los resultados, como ejemplifica el siguiente entrevistado:

“...me he chequeado mis niveles de colesterol, de glucosa básicamente, ácido úrico. Tengo antecedentes familiares muy fuertes. Por ahí de marzo me hice nomás glucosa y colesterol ahí en el consultorio, le dije a la colega que me tomara exámenes y me dijo -, véngase mañana temprano y se lo hacemos- y sí, me los hicieron” (sujeto N° 6).

Los funcionarios mayoritariamente no se sientan afectados en su salud mental y así lo plantean los siguientes entrevistados:

No, para nada me siento afectado, considero que hay otros problemas de salud más importantes, además hoy en día la vida que llevamos llena de presiones, solo hay que enfrentarlo. (Sujeto N° 16).

Las ideas que, en general, los trabajadores de cada colectivo tienen sobre el estrés laboral y sus causas, importancia, reconocimiento y posibilidades de prevención, son muy particulares.

El estrés depende sobre todo de cómo te tomes las cosas La mejor forma de combatir el estrés es practicar yoga o relajación Mientras haya muertos por accidente de trabajo ¿cómo nos vamos a ocupar del estrés? (Sujeto N° 18)

De acuerdo a lo observado en este estudio se deduce que los trabajadores aún no están sensibilizados a problemas que inciden en la salud mental, ya que no se sienten involucrados como agentes cuya misión, función y deber es cumplir un rol activo en su atención.

En el estudio también se abordó otro de los factores del estrés que en la literatura especializada se define como los que se asocian generan a las prácticas y situaciones durante el ejercicio de la profesión:

Los trabajadores de salud de este establecimiento manifiestan sentirse o haberse sentido alguna vez discriminado en su centro de trabajo ya sea por sus compañeros de trabajo, superiores y por la misma institución.

"...puedo tener presiones tanto de carácter laboral por la cantidad de gente, la falta de recursos, los conflictos con los compañeros, algún paciente, en pacientes difíciles, casos complicados, a veces me angustia no tener la precisión del diagnóstico o sentir que fallé en algo, siempre he sentido el riesgo de que la vida de un individuo está en mis manos...estas muy expuesto a la crítica y también a la discriminación"(sujeto N° 12)

En general, consideran que la motivación personal no es la adecuada ya que manifiestan sentirse incómodos, insatisfechos y no realizados como trabajadores de la atención primaria de salud.

6.- EL AUTO-CUIDADO EN LOS EQUIPOS DE SALUD

La complejidad y severidad de los trastornos emocionales requiere el desarrollo de políticas institucionales y de diferentes niveles de intervención tanto en prevención como en tratamiento y rehabilitación.

Da ahí la necesidad de precisar lo que ocurre dentro de las instituciones de salud con sus trabajadores y las condiciones en que éstos realizan su trabajo, pues esta información cobra importancia, en primer lugar, por las circunstancias laborales concretas que afectan la salud del personal y, en segundo término, porque el estado de salud de los profesionales de la salud es un aspecto que influye contra la posibilidad de otorgar atención de buena calidad.

Dentro de la institución de salud se observa que se concede una baja importancia sobre el auto cuidado de la población trabajadora, lo que se expresa en la falta de una política institucional de recursos humanos, ya que la no priorización de esta temática genera desgaste en los equipos de salud y a su vez afecta a la atención a los usuarios de la salud

Los funcionarios evalúan de forma negativa la preocupación de la institución de salud por los trabajadores ya que no se le concede prioridad a la mantención y auto cuidado de los equipos funcionarios, como lo grafica el siguiente testimonio:

El Servicio de Salud Metropolitano Central no se preocupa por la mantención y auto cuidado de los equipos (sujeto N° 3)

Considerando las respuestas de ambas categorías se deduce que en esta institución de salud no se desarrollan instancias que favorezcan adecuadamente el bienestar, laboral, emocional y social de los trabajadores.

En esa perspectiva, los diversos reclamos que hacen los gremios de la salud a las autoridades tienen que ver con que se formulen leyes que vayan en directo beneficio a los trabajadores, entre las que destacan:

- Que la aplicación plena de la Ley de Accidentes del Trabajo y enfermedades Profesionales dista mucho de la realidad imperante en el ámbito público. Ello obliga

a exigir al gobierno la toma de medidas que permitan aplicar en todas las normas que dicho texto legal contempla para la protección de los trabajadores.

- Consideran además que es necesario revisar dicho texto legal a fin de adecuarlo a las nuevas realidades tecnológicas que han generado condiciones de trabajo distintas cuyas expresiones en términos de Salud Ocupacional no están contempladas en la Ley vigente.
- Otro aspecto es la Ley de Trabajo Pesado. En diversas actividades de la función pública se realizan actividades comprendidas dentro de esta normativa legal, cuya cobertura no es exclusiva para tareas físicas pesadas, incluyendo aspectos de orden psicológico y otros riesgos asociados al trabajo pesado. Esta ley debe ser aplicada, por tanto, a distintas actividades que conllevan un mayor desgaste, como por ejemplo, aquellas funciones que se realizan en turnos nocturnos.

En relación a lo declarado por los diferentes entrevistados en este Centro de Salud, se pudo observar que no existe una preocupación real por crear espacios que permitan el auto-cuidado ya que gran parte de estos espacios se atribuyen a instancias informales que se dan los mismos funcionarios en respuestas a esta necesidad. Por otra parte, la sobrecarga laboral no permite establecer un horario constante y periódico para el desarrollo de espacios formales de auto cuidado de los equipos de salud.

Los entrevistados coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos, mobiliario e interrelaciones personales que faciliten el auto cuidado de quienes ahí laboran, como lo reconoce una entrevistada:

"En el sitio laboral lo que pasa es que no hay espacios o sea no hay ni tiempos, ni espacios para hacer eso, por ejemplo aquí no existen espacios recreativos no hay una cancha de básquetbol, fútbol (sujeto N° 10)

Afirman que la institución no tiene una política que promueva y facilite el auto cuidado, expresando juicios críticos acerca de la situación existente, como la siguiente respuesta a la pregunta si la institución facilita el auto cuidado:

Para nada, digo el que te prohíban el fumar no hace que dejes de fumar, no va por ahí, no, simple y sencillamente no está diseñado para que te cuides, ni los muebles ¡vamos!, estás sentado todo el día y las sillas se están cayendo. Yo tuve muchos problemas de espalda por las sillas que tenía, espacios reducidos, mal ventilados, iluminados, o sea que más te van a dar ideas para que hagas deportes y esas cosas.(sujeto N° 5).

La ausencia de políticas y reglamentaciones de promoción del autocuidado de la salud se pone de manifiesto en las jornadas laborales que realiza el personal en las diversas instituciones del sector salud, por el hecho de que se laboran ocho horas de manera continua. En las instituciones se tiene estipulado que durante esa jornada laboral se le proporcionen al trabajador horas de colación, sin embargo, existen dificultades que entorpecen la concreción de este reglamento, por ejemplo:

No hay un casino adecuado muchas veces acudimos a colación en los propios lugares de atención. Esto es solo por falta de recursos (Sujeto N° 2)

Otro aspecto particular de las políticas laborales es que dentro de las distintas instituciones no existen programas precisos dirigidos al personal de salud para que se hagan revisiones médicas y detección temprana de ciertas patologías o, bien, para promover la salud, situación que los funcionarios señalan que también está presente en este consultorio:

"No, no ha habido nada de eso, que te digan: oye hay un programa para detectar presión arterial, colesterol o eso, pues tendrías que ir al centro de salud, como parte de los programas abiertos. Pero que te digan, sabes que tienes que hacerte un chequeo como parte de las actividades que tienes que desarrollar aquí, (sujeto N° 12).

"Yo creo que no, no nos apoyan, ahora es al contrario, trabajo, trabajo, trabajo y más trabajo" solo debes rendir en tu trabajo (sujeto N°8).

Los entrevistados manifestaron que dentro de la institución lo cotidiano es que impere un clima de hostilidad propiciado por los conflictos en las relaciones interpersonales entre directivos, mandos medios y personal operativo. La dinámica laboral en su conjunto limita el auto cuidado de la salud que se puede brindar al personal.

CONCLUSIONES

La salud mental, debe ser entendida como una reacción adaptativa a las circunstancias y demandas del medio individual y social, con el cual la persona está interactuando, es decir es un motor para la acción, impulsa a la persona a responder a los requerimientos y exigencias de entorno. Podemos hablar de una situación de estrés cuando el entorno de una persona le impone un número de respuestas para las cuales ésta no tiene la capacidad o no posee las habilidades para enfrentarlas, por lo cual esos factores se convierten en un riesgo para la salud.

La salud mental debe ser objeto de especial interés en todos los aspectos de la acción sanitaria. La persona que trabaja en el servicio de atención primaria muchas veces prioriza su interés hacia el paciente, toma las medidas inmediatas para su atención dejando de lado el fortalecimiento del propio auto-cuidado, no interesándose por acrecentar el conocimiento en sí mismo y de su desarrollo personal, despreocupándose por su calidad de vida, demostrando poco interés en participar en el desarrollo de los procesos vividos al interior del servicio, no fomentando al espíritu de auto-ayuda, generando conflictos interpersonales al interior del servicio con sus propios compañeros de trabajo.

Por tal motivo es importante que se desarrollen políticas de auto-cuidado hacia los trabajadores ya que dentro del servicio estudiado se manifiestan de forma deficiente, en donde la mayoría de las políticas no orientan sus esfuerzos hacia el logro de la participación comprometida de los equipos, sin perder de vista la importancia de la individualidad.

Es importante para el funcionario comprender la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos exigidos por la institución. Por lo tanto va a depender de como se siente frente a sí mismo, como se siente frente a otras personas y en que forma responden a las diferentes situaciones que se le presentan utilizando, sus propios recursos para no enfermarse y tratar de llevar una vida normal.

1.- Trabajadores de la Salud y Factores Organizacionales

Entendiendo al ser humano como un ser integral es necesario tener presente que un problema en cualquiera de sus áreas de ajuste se verá directamente reflejado en su desempeño laboral.

Las buenas condiciones de trabajo son necesarias para el bienestar del funcionario. En la presente investigación se logra visualizar que los factores de organización y participación son deficientes para facilitar procesos adecuados, éste queda de manifiesto en el alto porcentaje de trabajadores de salud, que su ejercicio laboral no es suficiente para dar una buena respuesta a las necesidades de los usuarios, así como la de establecer relaciones interpersonales idóneas al interior del centro de salud, éstas se dan de tal manera que no facilitan a buenos procesos de comunicación .

Cuando no existe una valoración por el desempeño, se ocasionan problemas en las tareas designadas, aumentando el ausentismo laboral, lo que conlleva a un aumento de licencias medicas, generando mayor sobrecarga de trabajo lo que hace que sea insuficiente para proporcionar una buena atención usuaria, como también problemas al interior de los equipos de trabajo.

Por lo tanto cobra importancia reconocer las necesidades de los miembros de los equipos de salud, mantener la clarificación de roles, poder identificar las áreas del conocimiento y habilidades de cada uno de los trabajadores de la salud, lo que implica medidas como diseñar un programa de prevención de la salud mental hacia el personal con el objetivo de reducir y controlar la incidencia y prevalencia de los casos de estrés ocupacional detectados en la población trabajadora, causados por la exposición parcial o permanente a los factores de riesgo psicosocial presentes en contexto laboral. Esto, con el objetivo de garantizar la disminución de los índices de accidentalidad, ausentismo, rotación e incrementar el sentido de pertenencia, compromiso, la gestión y el cumplimiento de los objetivos propuestos por la organización.

También se debe dar más énfasis al desarrollo de programas que favorezcan la motivación intrínseca, al mejoramiento del clima laboral, la satisfacción e identificación de los trabajadores de los Centros de Salud con su labor, a través de capacitaciones y promoción de los méritos de manera continua y sostenida.

Para el funcionario de la salud su trabajo puede ser saludable en la medida de que haya una integración al conjunto social en una actividad que se considere valiosa e importante, que brinde la oportunidad de adquirir aptitudes y conocimientos, relacionando al trabajador con su medio social al que se sienta integrado, esto hace que facilite el desarrollo de diversas facetas de su personalidad, organice su tiempo y se le permita resolver las necesidades básicas por su compensación financiera. Así muchos de los factores relacionados con sus satisfacciones, salud y bienestar en la vida están intrínsecamente vinculados con el trabajo y la profesión

2.- Trastornos Emocionales al Interior del Centro de Salud Primario

Los trastornos emocionales en este lugar de trabajo vienen precedidos de los siguientes síntomas: poca disposición a asumir responsabilidades, quejas numerosas sin presentar soluciones, falta de relación personal con los compañeros, dificultad para realizar tareas corrientes, llegar tarde y salir temprano, dolor de cabeza y malestar gástrico frecuente, distracciones frecuentes e insensibilidad de los trabajadores de la salud frente a problemas que inciden en la salud mental.

Las actividades en salud constituyen un trabajo realizado primordialmente con personas y especialmente con personas que sufren. En este sentido, una de las variables fundamentales que parecen centrales en la aparición de los problemas de salud mental en los funcionarios, es la cantidad y calidad del contacto con este tipo de personas y que son receptores del servicio. Es decir mientras mayor sea la cantidad de tiempo dedicada, mayor es la probabilidad de sufrir agotamiento emocional.

En esta investigación se visualiza que al interior del servicio de salud las relaciones que se establecen entre el trabajador y el paciente durante la atención en el servicio generan relaciones estrechas con los pacientes, como una forma de paliar experiencias potencialmente perturbadoras para la vida de los pacientes, estableciendo algún grado de confianza y responden frente a una situación sensitiva, que muchas veces es poco competente y se ve más bien reflejada en una accionar compasivo.

La interacción entre los factores estresantes y la personalidad del trabajador hace que, por ejemplo, los profesionales del ámbito de la salud posean altos índices de depresión.

Un elemento importante en la investigación es lo que se ve reflejado en los cambios personales por los funcionarios de la salud, se refiere al vacío personal derivado del aislamiento físico y psíquico, el vacío emocional y desapego, la falta de espontaneidad, el agotamiento físico y un agitado horario laboral agotan gravemente las reservas emocionales y psíquicas de estos trabajadores, no adoptándose muchas veces medidas para evitar estas dificultades, provocando una creciente sensación de insatisfacción laboral y abrumadores sentimientos personales de desesperación y desaliento.

Con respecto a las consecuencias familiares, podemos apreciar que la tasa es de divorcios de un 25 al 30% y es relativamente alta dentro de los trabajadores de la salud en comparación con la población en general que es de un 25%, el propio aislamiento social que busca el trabajador estresado conlleva a una vida paralela que separa lo laboral de la familia, dentro de estas consecuencias familiares se destaca la incomunicación, lo que genera graves disfunciones familiares. (INE 2002)

Otro factor a destacar es el empobrecimiento que viven los trabajadores, tanto en lo económico como en el desarrollo profesional de perfeccionamiento y ascenso. A causa de una gestión deficiente del sector público como por falta de incentivos inadecuados. Los sistemas de financiamiento, administración del personal y la falta de competencia entre establecimiento no incentivan la eficiencia. Los recursos estatales se traspasan

fundamentalmente teniendo en cuenta elementos históricos como las plantas del personal, fijadas por ley e inamovibles. En una estructura administrativa no modernizada

3.- Usuarios y Calidad de Atención

El nivel de satisfacción de los usuarios es bajo. Es así como la gran mayoría de los usuarios de salud pública piensa que nada ha cambiado en los últimos cinco años en lo que se refiere a atención en salud.

Por otra parte hay cambios demográficos mundiales a los cuales nuestro país no ha estado ausente. El reflejo más importante de ellos es el envejecimiento de la población y la caída de la tasa de natalidad, lo que se traducirá a corto plazo en una presión de costos importantes para el sistema de salud, al demandar los usuarios prestaciones más complejas y de mayor costo. A lo anterior debemos sumar el perfil de la calidad de vida: personas obesas, fumadores, sedentarios y alto nivel de estrés. Lo que permite predecir el aumento progresivo de personas con alguna enfermedad crónica

El gran problema de nuestro sistema de salud público en Chile es lo que se denomina el “Modelo Invertido”, es decir, los incentivos funcionan exactamente al revés de la racionalidad más elemental. En efecto el (70%) de las necesidades de salud se podrían resolver a nivel primario o ambulatorio, sin embargo, el sistema en general obtiene financiamiento insuficiente a través de un per-cápita, con lo cual los consultorios tienen el incentivo a derivar a los pacientes hacia el sistema terciario, es decir, las urgencias de los hospitales, con lo cual en esos lugares se atienden patologías de menor importancia y un costo mayor. Asimismo la inflexibilidad en las gestiones de los hospitales se traduce en largas listas de espera de más de un año, para enfermedades que podrían ser resueltas en horas días, y no en estadías prolongadas.

Los problemas que presentan los usuarios dentro de los servicios es que el sistema actual es inequitativo. Existen expectativas insatisfechas por las grandes diferencias

a las prestaciones de salud entre los chilenos. La primera y gran inequidad está dada porque millones de personas no pueden elegir su sistema de salud. Por otra parte, en el sector público, dependiendo del lugar donde viven, la gente también tiene distintas posibilidades de acceso, observándose grandes diferencias en la tasa de mortalidad y en otros indicadores del nivel de salud de la población.

Se produce un encarecimiento de la salud como una mayor demanda por atenciones de salud y un aumento en los costos de cada atención. Por un lado tenemos el envejecimiento de la población, más enfermos crónicos y eso significa tratamientos más caros. Además la población tiene mayor ingreso y está dispuesta a gastar más y eso aumenta la demanda y, por lo tanto, los precios.

Por eso hoy en día es posible lograr un sistema de salud más eficiente, solidario y digno, si se puede pero para eso sería necesario introducirle competencia al sector salud, lo que significa implantar un sistema de “subsidio a la demanda”, es decir que en vez de traspasar todos los recursos a los prestadores de la salud (subsidio de la oferta actual) se entregue una parte del presupuesto público directamente a las personas más pobres por medio de un bono mensual, para que puedan elegir planes de cobertura de salud entregados tanto por FONASA como por ISAPRES.

Junto con lo anterior, es necesario instaurar flexibilidad y autonomía al interior de los servicios públicos de salud, de manera que puedan administrar de forma libre su presupuesto, desarrollar modelos de flexibilidad laboral, actualmente la gran mayoría de los empleados de la salud pública tiene contratos que garantizan la inamovilidad, y hay que asignar eficientemente los recursos. En la misma línea descrita, las municipalidades podrían estar autorizadas a externalizar parte de sus consultorios, traspasado un per capita a operadores público – privado de salud de manera de favorecer la administración de riesgo de los pacientes.

2.- HALLAZGOS RELEVANTES DE LA INVESTIGACION

1.- Investigaciones nacionales

El aporte teórico de otras investigaciones y de la importancia de este fenómeno en el campo de la salud pública chilena, son las investigaciones que se han realizado por la asociación Chilena de Seguridad; este organismo administra los fondos de seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la mayor parte de los trabajadores chilenos y tiene, por ley, el mandato de realizar actividades preventivas, curativas, de rehabilitación, además de pagar las compensaciones cuando corresponda.

Según *Naveillán* (1974), el Departamento de Salud Mental de esa Institución habría sido el primero en preocuparse de la Salud Mental Ocupacional en Chile y América Latina, orientándose a acciones en los niveles primarios, secundarias y terciarias, cubriendo temas como alcoholismo y adicciones, epilepsia, neurosis profesionales, organización laboral, estrés laboral, ausentismo y accidentabilidad. Al inicio este Departamento prestaba servicios a los departamentos de medicina del trabajo y de rehabilitación, para después intervenir en la prevención de accidentes del trabajo y detectar enfermedades mentales ocupacionales.

En otra línea de Investigaciones en Chile se han explorado los perfiles de los síntomas psiquiátricos, estrés, trastornos emocionales en diversos grupos laborales, buscando asociaciones con características del trabajo; predominan estudios en personal del sector salud como:

Ibáñez, (1988); estudio de 36 funcionarios hombres y mujeres del servicio de Psiquiatría, 15 han sufrido neurosis y 7 enfermedades psicosomáticas (hipertensión, ulcera, colon irritable), 6 personas consumen alcohol en forma excesiva, 26 personas han sufrido agresiones en algún momento de su carrera, 9 personas informan interferencias de su trabajo con la vida familiar, nadie ha recibido capacitación específica para manejo de pacientes psiquiátricos.

Avendaño y Grau (1997): las enfermeras del sector público informan que se exponen a; jornadas extensas, falta de pausas, elevado ritmo de trabajo, presión de tiempo, turnos, riesgos de infecciones, falta de control, interrupciones frecuentes, sobrecarga de tareas simultáneas, esfuerzo físico, falta de poder en decisiones, abuso de poder, contacto con sufrimiento de usuarios. Lo anterior se traduce en estrés, trastornos del sueño y alteraciones con la vida familiar y social.

En un estudio realizado por *Trucco (1999)* en una muestra de 205 funcionarios (143 profesionales y 62 no profesionales), 82 personas califican como casos en escala de estrés (GHQ de Goldberg, CPS de Cooper y cuestionarios de la Universidad de Michigan). Las causas de mayor tensión son tener que responder a muchas personas, trabajar apremiado por plazos, condiciones físicas inadecuadas, demasiado trabajo y posibilidad de errores graves.

2.- Sujetos de la investigación

Otro descubrimientos, tiene relación con la conducta del funcionario en interacción con los fines de la organización, con su entorno social y emocional, esto depende de la actitud que el funcionario percibe y lo que éste desea, siempre que el grado de disconformidad se considere importante por el propio funcionario. Por su parte, la percepción subjetiva de cualquier situación, condición, o evento. Por tanto se refiere a la representación individual de cómo son las cosas y no de cómo debieran ser. De acuerdo con esto, los factores del medio ambiente producirán problemas sólo en la medida en que el funcionario lo perciba así, de ser negativo provocara desgastes físico y emocional importante, afectando su calidad de vida a nivel laboral, social y familiar.

Si ante algunos de estos síntomas no se lleva a cabo un diagnóstico precoz del problema y la situación se prolonga, las consecuencias, tanto físicas como psicológicas, pueden ser graves, llegando a la enfermedad, tanto física como mental.

La relevancia de este estudio e fue comprobar empíricamente el escaso compromiso que manifiestan las autoridades de salud por la problemática vivida, sentida y crónica que viven los funcionarios de este centro de salud en relación a su salud mental y a la falta de una política de auto-cuidado.

Es de vital importancia que existan instancias de intervención dirigidas al auto-cuidado y prevención dirigido a al bienestar emocional de los trabajadores. Debe existir un diagnóstico de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su incidencia en la salud mental, evaluando la satisfacción y resultados del trabajador. Para ello se requiere de diferentes métodos de medición e investigación, los cuales deben brindar información que sirva de base para la identificación de los factores problemáticos y el establecimiento de las medidas de control y estrategias de prevención. Sin embargo, en la mayoría de los casos esta valoración no es una de las prioridades de los programas de salud laboral, y sólo se presta atención cuando se identifican signos claramente relacionados con el estrés ocupacional, como por ejemplo el incremento en bebidas cafeínas, alcohol, tabaco, ausencias injustificadas y/o visitas periódicas al médico.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL A LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Las políticas de Salud están destinadas a favorecer a toda la población de Chile, independiente del estrato social, grupo etario etc., por lo mismo su accionar no siempre es satisfactorio y no favorece de la forma en que la población desea o considera que debiera ser.

Corresponde al equipo de salud en su conjunto asumir la responsabilidad de la oportunidad y calidad de las atenciones de las familias que atiende, así como del impacto en salud de éstas.

La distribución desigual de recursos humanos en el sistema público, pese a las reformas que se han implementado, no alcanza a satisfacer la demanda existente, en el nivel primario, provocando una sobrecarga laboral que afecta a los funcionarios.

Por otra parte, existe un incremento de la demanda por prestaciones y exigencia de derechos por parte de la población y la insatisfacción en torno al sistema de salud es cada vez mayor.

Si bien es cierto la política social contempla entre sus lineamientos, principios integradores dentro de los cuales se destacan la equidad, universalidad, calidad, derechos ciudadanos, participación comunitaria, etc., en su aplicación, no logra llegar como ésta lo plantea, por tanto, no estaría cumpliendo sus objetivos.

Siendo los profesionales de la salud los responsables de dar respuestas a las demandas de salud de las poblaciones beneficiarias, con eficacia y eficiencia, para el logro ello se deben desarrollar instancias en el mejoramiento de los entornos de trabajo, teniendo una relación estrecha con la salud de los trabajadores, con la productividad, la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general.

La salud de los trabajadores ha sido una preocupación muy importante para muchos organismos internacionales, tales como OPS/OMS, OIT, entre otros.

El cambio en los modelos de desarrollo y su impacto sobre las condiciones de vida, de trabajo y los factores de riesgo, en los centros laborales, ha incrementado esa preocupación y ha obligado a pensar en alternativas que ofrezcan la oportunidad de hacer cambios en esos aspectos y lograr impactar la calidad de vida de los trabajadores y la productividad en las organizaciones

La Organización Panamericana de la Salud (*OPS, 2000*), ha establecido que los centros de trabajo son sitios prioritarios para la promoción de la salud, señalando que la salud en el trabajo y sus ambientes saludables son uno de los bienes más preciados de personas, comunidades y países.

Esta pretende extender programas que promuevan la salud en los lugares de trabajo, así como apoyar y fortalecer las que ya existen.

Un centro de trabajo saludable se construye mediante la definición de políticas que acompañen este proceso, organizando adecuadamente el trabajo, fortaleciendo el ambiente laboral, logrando la participación individual y colectiva de los trabajadores, ofreciendo acceso a los servicios de atención de salud oportunos y de buena calidad, realizando acciones que impacten el ambiente externo y asegurando la sostenibilidad del proceso.

En 1999, la *OPS/OMS*, mediante el Plan Regional de la Salud de los Trabajadores, que incluye como una de sus áreas programáticas:

1. Construir políticas públicas de trabajo saludables para todos los sectores de la vida productiva internacional, nacional y local.
2. Crear ambientes confortables, físicos, sociales y organizacionales en el sitio de trabajo.
3. Fortalecer las acciones de la comunidad trabajadora y en general.

4. Desarrollo de habilidades personales y responsabilidades respecto a la gestión de salud, seguridad, auto cuidado y desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades a su alrededor.
5. Reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud para incluir la promoción de la salud y todos los aspectos relacionados con sus agendas

La revisión anterior resalta la importancia de establecer programas de manejo y prevención en salud mental hacia el personal de salud con el objetivo de reducir y controlar la incidencia y prevalencia de los casos de estrés laboral detectados en la población trabajadora, causados por la exposición parcial o permanente a los factores de riesgo psicosocial presentes en contexto laboral para garantizar con ello la disminución de los índices de accidentalidad, ausentismo, rotación y los altos costos para las organizaciones de salud, incrementar el sentido de pertenencia, compromiso, la gestión y el cumplimiento de los objetivos propuestos por la organización.

Para intervenir en la problemática descrita, otro medio lo constituyen los Servicios Sociales. El contar dentro de la organización de salud con un servicio permanente de asistencia a los trabajadores por profesionales, trabajadores sociales contribuirá a desarrollar tareas tales como el tratamiento de problemas de carácter personal y apoyo psicosocial a los trabajadores, así como el desarrollo acciones preventivas para evitar la aparición de problemática psicosocial. El carácter interno y permanente de estos servicios permite un mayor conocimiento y especificación del origen de las problemáticas, la realización de intervenciones continuadas y personalizadas sobre los trabajadores y el seguimiento de las evoluciones de los mismos.

La relación entre el Trabajo Social y Salud Mental tiene una larga práctica ya que en el terreno de lo mental, aun más que en el de lo físico, un buen análisis de las situaciones objeto de intervención, depende en gran parte de su comprensión y estudio dentro del contexto social en el que los sujetos se desarrollan. El tratamiento subsiguiente suele consistir, en gran medida, en lograr una buena integración con el medio. Nuestra disciplina, desde su conceptualización (finales siglo XIX), aporta ideas que van a contribuir a que el

trabajador social sea un profesional imprescindible en el abordaje de situaciones y contextos relativos a la salud mental.

Trabajo Social en Salud Mental es una forma especializada de intervención, realiza un proceso de ayuda a personas, familias, grupos y comunidades; con el objeto de desarrollar capacidades psico-sociales, de tal manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas en un futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social.

Entenderlo como un proceso supone que se interviene en forma particular siguiendo una determinada secuencia u orden. No es una intervención espontánea. Se necesita de un conocimiento previo de la situación, así como de una fundamentación teórica.

El recurso es un medio utilizado para la obtención de un fin, no el fin en sí mismo, es por ello que una adecuada política de capacitación de los recursos humanos y bienestar del personal de salud debe incorporar los temas referidos a los valores, el bienestar familiar, la prevención de los conflictos, relaciones interpersonales, la equidad de género y el desarrollo humano, ya que ello contribuirá a crear en los trabajadores de salud mejores condiciones subjetivas favorables al cumplimiento del rol social que les corresponde por función y misión frente a la atención.

La misión de las instituciones de salud, es satisfacer plenamente los requerimientos de sus usuarios, entregando servicios de alta calidad potenciando el desarrollo de sus trabajadores y respetando los ambientes de trabajo, tanto en seguridad como en salud y en calidad de vida.

Es necesario implementar una política de autocuidado dirigida a los trabajadores de salud, donde los directivos de la organización y todos los estamentos se comprometen a

generar condiciones laborales que posibiliten el desarrollo de la salud integral de todos los trabajadores, en el aspecto personal, en el ámbito familiar y social que les permitan alcanzar niveles adecuados de productividad y calidad en el trabajo.

Articular en la Dirección de Salud, en los programas de capacitación, cualquiera sean sus niveles, contenidos y experiencias favorables al desarrollo humano, habilidades sociales y prevención de problemas sociales y psicosociales, no sólo desde la perspectiva epistemológica, sino fundamentalmente emocional y social por ser la naturaleza de estos contenidos.

Desarrollar programas que favorezcan la motivación intrínseca, el mejoramiento del clima laboral, la satisfacción e identificación de los trabajadores de los Centros de Salud con su labor, a través de capacitaciones y promoción de los méritos de manera continua y sostenida.

Formular y profundizar investigaciones relacionadas al rol social en la atención y prevención de los problemas sociales y psicosociales en los trabajadores de salud como de los otros sectores públicos, estratificándose por grupos ocupacionales, situación laboral, ámbitos geográficos, políticas y programas de formación del recurso Humano, etc. ya que ello es un factor de especial relevancia para el posicionamiento del trabajo social y garantía de sostenibilidad en los procesos de desarrollo de la sociedad chilena.

A fin de contribuir desde la disciplina del Trabajo Social, se hace necesario proponer programas de intervención para la prevención de problemas de salud mental, los cuales deben abordarse desde una mirada integral que incluye un conjunto de estrategias y técnicas de intervención y que, por su carácter eminentemente técnico, exige ser llevada a cabo por profesionales.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, E (1982):** Organización del Trabajo en Equipos de Salud. Facultad de Medicina Oriente U. De Chile, Santiago de Chile.
- Abussese, R, De la Quintana, M, Bejarano, S. (1989):** Introducir en la Salud Primaria un componente de la Salud Mental. Declaración de Alma-Ata de 1978 OMS/MINSAL, Santiago de Chile.
- Arellano, M, Navarrete, M (1999):** Estudio Descriptivo sobre Agotamiento Emocional, en Psicólogos, Psiquiatras y Asistentes Sociales. U. Santo Tomás. Santiago de Chile.
- Anderson, A (1998-1999)** Calidad de los Servicios de Salud. Santiago de Chile
- Arón A y Barudy, J (1998), en Vilches (2000):** Violencia en la Cultura; Riesgos y Estrategias de Intervención. Santiago Sociedad Chilena. Santiago de Chile.
- Avendaño, Gray, R (1997):** La Investigación en Salud Laboral en Chile 1980-1990. Pontificie U. Católica de Chile. Santiago de Chile.
- Avia, M y Vásquez, C (1998):** Optimismo Inteligente, Emociones Positivas. Alianza Editora. Madrid España.

- Bahamondez, Lei (2003):** Diagnostico de la situación de Salud, Comuna Cerrillos, Santiago de Chile
- Barretto, J (2001)** Estudio sobre factores psicosociales. Santiago de Chile
- Belloch, Sandín, Ramos (1995)** “El Apoyo Social” Perspectivas Teóricas y Empíricas, Santiago de Chile
- Belloch Cols, 1995; Sue,S(1994):** Elementos del Apoyo Social. Madrid. España.
- Bermann, Gregorio, (1972):** Consecuencias Sociales de las Enfermedades Profesionales. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Buendía, G (1993):** Apoyo Social sobre la Salud, operacionalización y medida de este concepto. Madrid. España.
- Bry, (1987), en Lavanchy y Viada, (1994):** El modelo Teórico de Lenart Levi sobre Estrés Psicosocial. Madrid. España.
- Cancino, G (2002):** Burnout en Técnicos Paramédicos de la Salud. Universidad Academia Humanismo Cristiano. Santiago de Chile
- CEPAL, (2000):** Equidad, Desarrollo y Ciudadanía. Santiago de Chile.
- CEPIS/OPS, (2000):** Estrés en los trabajadores de la Salud. <http://www.cepis.org.pe/eswww/fulltext/repind61/ps.html>.

CIE, (1998)	Antecedentes de los Servicios de Salud en Chile. Santiago de Chile
Chapell y Di Martino (1998):	Estudio sobre estrés laboral en Estados Unidos.
Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE, 2003):	Incremento del consumo de Alcohol y drogas en los lugares de trabajo. Santiago de Chile.
Dávila, H (1994):	Criterios de la Medicina tradicional para referirse a la salud mental. Santiago de Chile
Davini, G. (1968):	Trastornos mentales del individuo. Madrid España
Diario la Tercera (2002):	Combatiendo el estrés laboral, reportaje. Santiago de Chile.
Díaz (s/f), en Gray) (1992):	Características de los trabajadores de la salud. Santiago de Chile
Diccionario Ilustrado de la Lengua Española (1994):	Concepto de optimismo. Editorial: Arrayán Editores. España

FITS (Federación Internacional de Trabajo Social) (2000):

Trabajo Social y Salud Mental.
Madrid. España

Finemann, F (1979):

Proceso Estimulo – consecuencias
(estresores). Madrid. España

Foulcault (1982):

Estructura de los establecimientos de Salud.
Madrid. España

García en Buendía, (1993):

Las profesiones relacionadas con la salud.
Santiago de Chile

Gestal, J (1993):

Riesgos del trabajo del profesional en salud.
Nueva York MC Graw Hill.

Guy, (1995):

Insatisfacción Laboral asociados a
sentimientos personales de sutileza,
desesperación y desaliento.

Hadziolova en Kalimo, (1998):

Los Factores Psicosociales en el trabajo y su
relación con la Salud. Organización Mundial
de la Salud. Ginebra.

Hause, (1981):

Fuentes de Apoyo Social.
Madrid. España.

**Hernández, R, Fernández, C, Baptista
P, (1991):**

Metodología de la Investigación, 2da edición
MC Graw-Hill Interamericana, editores S.A.
México.

Herzberg, McClelland, Likert, Argiriris (1964):	Principales obstáculos para la intervención del estrés en las instituciones de Salud.
Hughes y Cols, (1992) en Gestal (1993):	La ansiedad e Insatisfacción genera Estrés Laboral. Nueva York.MC Graw Hill
Ibáñez, G (1988):	Estudio sobre neurosis y enfermedades psicosomáticos en funcionarios de salud. Santiago de Chile.
Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (ILAS, 1996):	Reparación, Derechos Humanos y Salud Mental; Artículo: “Dinámicas de Riesgo y Cuidados de los Equipos” Santiago de Chile.
Instituto de Seguridad del Trabajo (IST 2005):	Revista N° 1. El autocuidado. Santiago de Chile.
Krause y Jaramillo,(1998):	Intervención Psicológica Comunitaria en Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
Laurell, (1993):	La realidad cotidiana del trabajo. Salud y Sociedad 2000.Washington.
Lavanchy Viada,(1994):	Dificultades del trabajo Interdisciplinario. Pontificie Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
Lazarus y Folkman, (1986) en Belloch, Sandín y Ramos (1995):	El problema de la Salud Mental se constituye como una relación particular entre el individuo y el entorno. Madrid .España.

Leplat, (1985):	La ergonomía en el trabajo Barcelona, España
Ley de prevención de Riesgos Laborales, (1995):	La actual legislación sobre prevención de riesgos laborales, Santiago de Chile.
Martín y Caro, (1989)	Equipos de Salud. Santiago de Chile
Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Central (MINSAL/S.S.M.C.1996):	Plan de Salud del S.S.M.C 1996-2000 Santiago de Chile.
Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental (MINSAL, 1998):	“Diagnostico y Tratamiento de la Depresión en el nivel Primario de Atención”. República de Chile. Santiago de Chile.
Ministerio de Salud (MINSAL, 1999)	Estructuras de los equipos de salud. Santiago de Chile.
Ministerio de Salud (2000:40):	Salud Mental en Chile. Santiago de Chile
Ministerio de Salud, (2001):	De consultorio a centro de Salud. Marco conceptual. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud, (MINSAL, 2001):	División de Atención Primaria. Departamento de Atención Primaria: Salud Familiar en Chile. Santiago de Chile.
Ministerio de Salud / Fondo nacional de salud (MINSAL/FONASA 2004):	Derechos y Deberes de las personas en Salud. Santiago de Chile.
Morales y Lira, (1998):	Aspectos transferenciales y contrasferenciales del Trabajo.
Naveillán, L (1974):	Salud mental Ocupacional en Chile
Organización Internacional del Trabajo / Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS1986):	Proyecciones mundiales sobre depresión. Santiago de Chile
Organización Internacional del Trabajo Octubre (OIT 2000):	Salud Mental en el Trabajo, Internacional, Labour Office
Organización Internacional del trabajo Octubre (OPS.2000):	La salud como derecho humano, y equidad Información de Prensa. Santiago de Chile.
Organización Internacional del trabajo (OPS, 2000):	Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Chile. Programa de Organización y gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Santiago de Chile.
Pollack (1978), en Lavanchy y Viada (1994):	Metas y objetivos, en el trabajo con los Equipos de Salud. Santiago De Chile
Portal Universia Chile S.A. (2001):	“Guía del estrés. Evolución Histórica del concepto de estrés. Santiago de Chile.
Revista de Psicología de la Universidad de Chile (1992, p.88):	Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan. Vol. XII, N° 1: Pág. 9-25. 2003: Santiago de Chile.

- Rozas, G (2000):** Diagrama de influencias Multisistémicas sobre el profesional en salud. Pontífice Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile
- Siebers,(1992),Peterson, Seligman y Vayllant,(1988 en Avia y Vásquez,1998):** Optimismo y respuestas de afrontamiento de estrés
- Trucco, M (1999):** Estudio de funcionarios de la Universidad de Michigan.
- Universidad de Chile (1998):** Estudio de Autocuidado, Trastorno Psicológico y rotación en equipos de Salud Mental. Santiago de Chile.
- Universidad de Chile (2005):** Depresión. Santiago de Chile.
- Vidal, A (1986)** Enfoques desde la Psiquiatría sobre salud mental. Santiago de Chile.

ANEXOS

1.- Clasificación de los sujetos de estudio según edad.

edad	Nº	%
18-29	9	30%
30-39	10	33.3%
40-49	4	13.3%
50-59	4	13.3%
60 Y MÁS	3	10%
TOTAL	30	100%

2.-Clasificación de los sujetos de estudio según Estado civil

Estado civil	Nº	%
Casado	10	33.3%
Soltero	15	50%
Viudo	3	10%
Separado	2	6.66%
total	30	100%

3.-Clasificación de los sujetos en estudio según permanencia en el cargo

Permanencia en el cargo	Nº	%
1 a 10	20	66.6%
11 a 21	7	23.3%
31 y mas	3	10%
Total	30	100%

4.-Clasificación de los sujetos de estudio según sexo

Sexo	Nº	%
Femenino	17	56.6%
Masculino	13	43.3%
Total	30	100%

5.-Clasificación de los sujetos según Calidad Jurídica

Calidad jurídica	Nº	%
Contrata	16	53.3%
Titular	9	30%
Honorario	5	16.6%
Total	30	100%

6.- Clasificación de los sujetos de estudio según Remuneraciones

Remuneraciones	Nº	%
Altos	1	3.33%
Bajos	20	66.6%
Medios	9	30%
Total	30	100%

7.- Clasificación de los sujetos de estudio según ocupación profesional

Ocupación	Nº	%
Técnico Paramédico	6	20%
Enfermera	2	6.66%
Secretaria	1	3.33%
Nutricionista	1	3.33%
Matrona	2	6.66%
Asistente Social	1	3.33%
Medico	4	13.3%
Administrativo	9	30%
Chofer	2	6.66%
Auxiliar de servicio	2	6.66%
Total	30	100%

CUESTIONARIO

EDAD _____

SEXO: F _____ M _____

Nº DE HIJOS: _____

PROFESION: _____

ESTADO CIVIL: _____

CALIDAD LABORAL

CONTRATA _____

TITULAR _____

HONORARIO _____

TIEMPO EN QUE LLEVA TRABAJANDO EN LA INSTITUCION

1- 10 _____

11- 21 _____

22-33 _____

31 mas _____

NIVEL DE INGRESOS

_____BAJOS (menos de \$ 150.000)

_____MEDIOS (\$ 151.000 - \$ 250.000)

_____ALTOS (\$ 251.000- y más)

I.- DE LA ATENCION

¿Siente usted que la atención brindada hacia el usuario es adecuada?

II.- DE LA ORGANIZACIÓN

¿Podría mencionar usted que factores organizacionales son causales o conllevan a un deterioro de su salud mental?

III.- DE LAS RELACIONES

¿Como se dan Las relaciones que se dan al interior de este establecimiento?

_____INDIVIDUALISTAS

_____SOLIDARIAS

_____COOPERATIVAS

IV.- DE LA COMUNICACIÓN.

¿Cree usted que en el Centro de Salud, se generan oportunidades para la comunicación?

V.- DE LA PARTICIPACION

¿Se generan instancias de participación?

¿Cree usted que se generan instancias de participación y organización, en cuanto al proceso de toma de decisión, a nivel del centro de salud?

VI.- DEL CLIMA LABORAL

¿Como definiría usted el clima laboral generado al interior del Centro de Salud?

VII.- AUTO-CUIDADO EN LOS EQUIPOS DE SALUD

¿Existe preocupación por la mantención y el auto-cuidado de los equipos?

¿Considera usted que el apoyo social y el optimismo son factores positivos para enfrentar los problemas de salud mental?

¿Considera que las principales causas que inciden en la presencia de niveles altos de salud mental son faltas de apoyo social adecuado y riesgos de trastorno emocional elevados?

TEST DE EVALUACIÓN TRANSTORNOS EMOCIONALES

Este instrumento ha sido diseñado de la pauta CIE-10 con el fin de medir el grado y /o nivel de CARGA EMOCIONAL que tienen los TRABAJADORES DE L CENTRO DE SALUD. Te pido que contestes con total sinceridad.

NOMBRES Y APELLIDOS:	EDAD:	SEXO:
1) ¿Se siente cansado aunque haya dormido?		
2) ¿Se siente discriminado al tener que realizar sus labores diarias?		
3) ¿Se siente frustrado, incomodo o insatisfecho al realizar sus actividades diarias?		
4) ¿Se siente de mal genio irritado, triste o impaciente por pequeños inconvenientes?		
5) ¿Se siente negativo, inútil o deprimido o efectuando sus labores diarias?		
6) ¿Ha disminuido su habilidad para tomar decisiones?		
7) ¿Ha desminuido su eficiencia en sus quehaceres diarias?		
8.- ¿Tiene dificultad en concentrarse?		
9.- ¿Se duerme pensando en sus problemas o en lo que hay que hacer mañana?		
10.- ¿Ha notado un cambio importante en el apetito? (Mas o menos apetito)		
11.- ¿Ha pensado realmente que no vale la pena vivir?		
12.- ¿Ha estado desinteresado o incapaz de disfrutar de la vida la mayor parte del tiempo?		

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

LUGAR DE LA ENTREVISTA: _____

ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

NOMBRE: _____

EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACION: _____

I.- DE LOS ESTRESORES FÍSICOS Y AMBIENTALES

¿Como es el ambiente que se da al interior del consultorio?

II.- DEL NI VEL DE MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO

¿Que la motiva a trabajar en este lugar?

III.-DEL NIVEL DE ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN

¿Se siente cómoda realizando este tipo de actividad?

IV.- DE LAS FUNCIONES

¿Que tipo de función realiza usted y como cree usted que incide en la atención que brinda al usuario?

V.- DEL CONFLICTO DE ROL

¿Que situación conflictiva ha tenido usted en este centro de salud en relación a su rol?

VI.- DEL LIDERAZGO

¿Que tipo de liderazgo reconoce usted al interior del centro de salud?

VII.- LAS RELACIONES FUNCIONALES

¿Como considera usted la relación “jefe-subordinado en el centro de salud?

¿Cree usted que la relación jefe – subordinado podría ser mejorada? ¿Como? y ¿por que?

¿Usted cree que la relación jerárquica permite la formación de líderes naturales y /o equipos de trabajo interdisciplinario, dentro del centro de salud? fundamente su respuesta

¿Como mencionaría las relaciones con sus compañeros?

VIII.- TIEMPOS DE TRABAJO

¿Cuanto tiempo lleva en este trabajo y que opina de la permanencia en este?

IX.- RITMO DEL TRABAJO

¿Le gusta su trabajo y como definiría el ritmo de trabajo que usted tiene?

X.- LA EVALUACIÓN

¿Encuentra usted que los procesos de evaluación son adecuados y como afecta a su calidad laboral?

XI.- SOCIALIZACIÓN

¿Existen procesos de socialización al interior del este centro de salud?

XII.- CAPACITACIÓN

¿Ha recibido capacitación este último tiempo?

XII.- CARRERA FUNCIONARIA

¿Como se da el proceso o desarrollo en la carrera funcionaria?

XIV.- USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD PRIMARIO

¿Como encuentra usted que se atienden a los pacientes en este centro de salud? y ¿como es la que usted brinda?

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Trabajadores de salud	La persona que desarrolla su actividad laboral en el sistema de salud; con el objetivo de prevenir, mantener y restaurar la salud	Los trabajadores de Atención Primaria del Consultorio Norman Voullieme	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales • Técnicos • Administrativo • Auxiliares
Salud mental	La capacidad de las persona y de los grupos de interactuar entre si con el medio ambiente, un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso optimo de las potencialidades psicológicas, afectivas o relacionadas, a si mismo el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común	La forma de interacción que se da entre los trabajadores del Consultorio de AP Norman Voullieme y las condiciones laborales que favorecen u obstaculizan su desarrollo personal y profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Mental Negativa • Salud Mental positiva
Trastornos emocionales	Conducta afectiva no sana, frente a un estímulo estresante que genera sufrimiento en la persona que lo vive y en su entorno social. Variable en la intensidad y su duración, lo que determina su nivel de complejidad leve, moderada, severa	Condiciones objetivas y subjetivas que provocan alteración en la conducta emocional a nivel cognitivo, afectivo y comunicacional, en los trabajadores de la salud del Consultorio Norman Voullieme	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Stress

Usuarios del sistema de salud	Sujetos que reciben una atención bio-psico-social en el sistema de salud.	Las personas beneficiarias del sistema público de salud que demandan atención en el Consultorio de atención primaria Norman Voullieme, pertenecientes a la comuna de Cerrillos	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios • FONASA A • FONASA B • FONASA C • FONASA D
Autocuidado	Conjunto de competencias laborales que permiten a un trabajador tomar buenas decisiones al enfrentar riesgos sobre la base de valores internalizado y desarrollar practicas y hábitos que le permiten mantener e incluso mejorar pro activamente su propia seguridad y salud	Percepción y objetivación de los trabajadores de Atención Primaria del Consultorio Norman Voullieme, de la existencia de una política institucional de autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Política de auto-cuidado en la Institución • Ausencia de Política de autocuidado, en la Institución • Necesidad sentida por los trabajadores de implementación de una política de autocuidado en la Institución

ENCUESTA USUARIOS

IDENTIFICACION:

1.- ¿Quién contesta esta encuesta? Madre Padre: Hijo (a): Otro:

¿Edad? ¿Cuántas personas de su familia se atienden en el Consultorio?

2.- Fecha de Aplicación:.....

3.- Lugar de Aplicación: () Consultorio () Casa () Otro

4.- Previsión: () Fonasa: () Isapre () Tarjeta de Gratuidad () Otro:.....
¿Cuál?

5.- ¿A qué fue por última vez al Consultorio?

Programa Infantil: () Morbilidad () Control Sano () Control Nutricional ()
() Leche

Programa Maternal: () Ginecológica () Embarazo () Planificación () Leche
() PAP

Programa Adulto: () Morbilidad () Control Crónico () Tratamiento y/o
exámenes

Programa Dental: () Infantil () Adulto () Maternal

Consulta Social: () Educación () Kinesiólogo () Otro ¿cuál?

ESTRUCTURA:

6.- ¿Le es difícil llegar al Consultorio? (Puede marcar mas de una alternativa) SI NO

Si su respuesta es Sí ¿Por qué? El trayecto tiene riesgo: No tiene dinero para locomoción:

Queda muy lejos Otra:

7.- En cuanto al local donde funciona el Consultorio, su presentación es:

() Muy buena () Buena () Regular () Mala () Muy Mala

8.- El espacio físico en este Consultorio es:

() Amplio () Suficiente () Estrecho

Sugerencias para mejorar la sala de espera:

9.- En relación al aseo del Consultorio. ¿Qué opinión tiene de la limpieza?

() Muy buena () Buena () Regular () Mala () Muy Mala

10.- Los baños le parecen en aseo:

() Limpios () Regularmente limpios () Sucios

11.- ¿Qué opina de la calidad de números que se dan en este Consultorio?

Médicos: Más que suficiente: () Suficiente () Pocos () Muy Pocos ()

Dental: Más que suficiente: () Suficiente () Pocos () Muy Pocos ()

Habitualmente usted obtiene los números médicos a través de: () Línea 800 () Personal

12.- En general, ¿Cuánto tiempo espera desde la hora en que está citado hasta ser atendido?.

Poco: () Adecuado: () Mucho: () No sabe: ()

¿Cuánto espero la última vez? Menos de 10 minutos: Entre 10 y 20 minutos:

Más de 20 minutos

13.- Cuando usted necesita tener información sobre trámites y horarios de atención ¿Sabe dónde pedirla?

() Sí Dónde:..... No: ()

14.- ¿Lee usted los paneles informativos que se ubican al interior del Consultorio?

() Frecuentemente () A veces () Nunca

PROCESO:

15.- ¿Qué duración debería tener la atención profesional para que usted quede satisfecho (a)?.

() 10 minutos () 15 minutos () 20 minutos () más de 20 minutos: ()

16.-¿Cuánto duró la última atención a la que vino?

() Menos de 10 minutos () 10 minutos () 15 minutos ()
Más de 15 minutos

17.- De las siguientes alternativas, escoja la que usted prefiera.

() - Que la atienda el mismo profesional cada vez que consulta
() - No importa quien la vea, siempre que conozca su caso o lea la ficha.

18.- ¿Por qué motivos se atiende en el Consultorio en vez de ir a otra parte?.(Puede marcar más de una alternativa)

No responde o no sabe: () La atención es gratuita () Le dan los remedios:

Es el único del sector () Me gusta la atención: ()

19.-¿Qué le parece a Ud. Que el Consultorio cite a otros miembros de su familia cuando detecta algún problema?

Muy bien: () Bien: () Regular: () Mal: () Muy mal: ()

20.- En general como se siente usted con la atención recibida en el Consultorio.

Muy bien: () Bien: () Regular: () Mal: () Muy mal: ()

21.- Habitualmente cuando lo citan a control o le dicen que vuelva a consultar, usted:

Lo hace siempre: () Lo hace cuando cree que es necesario: ()

No lo hace: () Nunca lo citan: ()

22.- ¿Qué cambios ha observado en la atención de este Consultorio en último año?. (Puede marcar más de una alternativa).

Ninguno () Mejoría en el trato al usuario () Ampliación de horario de atención:

Nuevas formas de atender () Nuevas formas de dar número () Reuniones con la Comunidad ()

Rapidez en la entrega de exámenes: () Otra. ¿Cuál?

23.- Considerando la última vez que consultó: ¿El problema por el cual consultó?

Se solucionó () Sigue igual como llegó () Está peor que antes: ()

24.-Considerando esta última vez que consultó: ¿Qué le parece el tratamiento y las indicaciones que le dieron?

() Bueno, le hizo bien () Permitieron solucionar completamente el problema:

() No le sirvió para mejorar su problema: () No pudo seguir las indicaciones:

() No considero adecuadas las indicaciones a su problema: () Está en espera de atención especializada:

25.- Considerando esta última vez que consultó: si no pudo seguir las indicaciones fue porque:

() No entendió las indicaciones () No tuvo los remedios a tiempo () Le hicieron mal los remedios

() No quiere seguir las indicaciones () No pudo venir a las citas () No corresponde

26.- Cómo considera usted la información que tiene respecto a sus derechos de salud:

() Muy Buena () Buena () Regular () Mala () Muy Mala

27.- ¿Qué sugerencias haría usted para mejorar la atención?

.....
.....

LE AGRADECEMOS SU COLABORACION. “LA SALUD ES RESPONSABILIDAD DE TODOS”.

ANEXOS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

"Trabajo en este sector (DAP-CENTRO DE SALUD) ya casi 12 años, y en cuanto a las preguntas del cuestionario que es interesante, de modo muy particular te puedo comentar que acá en salud la situación es muy crítica (...) yo vengo de otro sector, donde el número de trabajadores es casi al triple que acá, pero en casi siete años no he visto tanto problema como el que se ve acá, esto aparte de lo que me cuentan.

Aquí entre los trabajadores hay serios conflictos, pero no de orden laboral sino personales, pero que fatalmente contaminan y afectan a los fines institucionales y es más, algunos de estos conflictos se dan en trabajadores que fueron o son pareja o formaron familia, casos donde no sólo hay conflictos, sino competencia; hay una competencia a muerte. Imagínate cómo uno puede trabajar con gente que no se pueden ni aceptar.

Así el sector indudablemente esta marchando mal, podría decir que esta es una de las causas por lo que salud, a veces pierde credibilidad ante la sociedad" (R, 54 años, funcionario)

Otros testimonios

Nunca desde que trabajo en este Centro se había preguntado a los funcionarios, con respecto a nuestro ambiente laboral, en el Servicio no hay preocupación por ello, no estamos bien, a diario hay conflictos entre nosotros, hay un ambiente de división, de grupos, ah y ni contar los comentarios personales que se hacen de unos y otros, además existen diferencias a nivel profesional y no profesionales, a pesar que esto era mucho mas antes. Existe Una visión de que los funcionarios de salud son flojos, puede que se tenga en algún grado razón, pero a eso hay que sumar, el ambiente laboral y de relaciones interpersonales es complejo, son todos muy diferentes, hasta existen grupos clasistas que

no comparten con los demás, se aíslan, no se comprometen con el trabajo y menos con los pacientes. Además lo precario de los recursos que se entregan a este sector son tan pocos, la higiene del lugar, no hay calefacción, en el invierno nos morimos de frío, por que además la calefacción esta mala, o no hay gas, y en el verano no hay ventilador. Muchas veces casi todos limpiamos nuestras Box o las oficinas, no hay suficientes espacios, la infraestructura es deficiente, de hecho desde su construcción hace algunos 9 años, ya esta todo deteriorada, lo que también puede ser un peligro para la seguridad de los trabajadores. Los incentivos son tan pocos, no existe capacitación, no hay reconocimientos cuando uno lo hace bien o se compromete mas de lo que corresponde, los sueldos son pero bajísimos, nosotros no tenemos mucha vida social, ya que también se ve imposibilitado por los ingresos y por los tiempos.

La demanda usuaria es mucha, y los recursos son pocos, quienes dan las explicaciones de estos somos nosotros los trabajadores de salud. (M, funcionario, trabajo hace 29 años)

La salud es la mas mal pagada, pero aquí estamos, es ingrato este trabajo por que siempre estamos expuestos a grados de tensión, de los pacientes, de los superiores, de la familia, de los compañeros de trabajo, siempre he dicho somos una familia laboral, ya que pasamos mayor parte de nuestro tiempo conviviendo aquí, por la salud mental

Y el bienestar laboral no hay preocupación desde las autoridades de salud, tenemos un servicio de Bienestar que para ingresar al el hay que ser socio, pero nunca tenemos la posibilidad de que el Asistente Social baje a los Consultorios, por lo que si tenemos que resolver algún problema tenemos que trasladarnos hasta donde el. Deberían preocuparse por darnos apoyo social y psicológico, debido a la constante carga de estrés laboral a la que estamos expuestas. Si existiera un buen clima laboral y social al interior de estos Centros de Salud la atención hacia el usuario también mejoraría, y no estaríamos tan

expuestos como lo estamos.(S, funcionaria, trabajo hace 17 años).

Hace muchos años, que trabajo acá he estado con varios cambios de gobierno, jamás he visto cambios positivos en esta área de salud, no tuve la posibilidad de irme ni estudiar para cambiarme de trabajo, las relaciones son complejas, cuando trabajan grupos tan diversos, hay como funcionarios que tienen como un poder por estar tanto tiempo acá, hay algunos que se sienten diferentes frente a otros, “ a otro nivel digo yo” (económico, social etc.), ellos no se relacionan con todo el grupo, cuando hay celebraciones sencillamente no asisten , no participan, eso provoca rabia muchas veces. Pero bueno es así no más. Difícil cambiar. Yo pienso que no hay voluntad para hacerlo.

El Servicio no se preocupa por la calidad laboral de sus trabajadores, es una empresa de salud, pero solo se preocupa que se entregue salud a los beneficiarios y no se preocupa por la salud de sus trabajadores.(L, funcionaria 30 años de servicios)