



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Facultad de Ciencias Médicas

Doctorado en Ciencias Médicas

Acreditada CONEAU Res.78/18; Resolución Ministerial 2095/19

Tesis

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR

TÍTULO

Salud de los trabajadores de salud

Estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez
de los trabajadores de salud del sector público neuquino

DOCTORANDO

Mg. Daniel Esteban Manoukian

Médico

DIRECTOR

Prof. Dr. Gustavo H. Marín

FECHA DE ENTREGA

23/06/23

La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina

Resumen

El vínculo del trabajo, y más específicamente, las modalidades que adopta el proceso de trabajo en distintos momentos históricos, contribuyen a determinar el proceso salud-enfermedad de los distintos grupos humanos.

Este es un estudio epidemiológico descriptivo, de corte transversal, de tipo cuantitativo, que analizó las jubilaciones por invalidez otorgadas en Neuquén a los trabajadores de la red pública de salud en el período 2010-2019.

Entre los principales resultados del estudio destaca que el 76,8% de los jubilados por invalidez son mujeres, quienes tienen 1,26 veces más chances de culminar su vida laboral por invalidez que los varones. El análisis de la asociación agrupamiento – jubilación por invalidez muestra que el grupo de "operativos" es el de mayor riesgo (2,6 veces superior) y cuando se combina la variable agrupamiento con el sexo de los trabajadores jubilados por invalidez, se verifica que los varones profesionales tendrían mayor riesgo que las mujeres profesionales de culminar anticipadamente su vida laboral.

El promedio de años de vida laboral perdidos es de 5,47 por cada trabajador jubilado por esta causa (7,87 años para los varones y 4,74 años para las mujeres). El estudio de las causas que motivaron la incapacidad muestra que el 65,2% corresponden a tres grupos de problemas de salud: enfermedades del sistema circulatorio (81 – 25,0%), trastornos mentales y del comportamiento (65 – 20,1%) y enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conectivo (65 – 20,1%). También se estimó el impacto económico de las jubilaciones por invalidez considerando los costos directos y los devenidos al tener que reemplazar a los agentes retirados.

Se avanzó en el análisis de los dispositivos dedicados al cuidado de la salud de los trabajadores de salud concluyendo que los actuales son endebles y que se requiere diseñar e implementar un plan integral de cuidado de la salud de los trabajadores de salud hoy ausente.

Se dejaron planteados interrogantes que pueden dar lugar a nuevas líneas de investigación para profundizar en el estudio de las relaciones entre el trabajo y la salud y se propusieron recomendaciones para la recolección de información sistematizada y útil a los efectos de diseñar e implementar un plan integral de cuidado, además de otras de directa aplicación para mejorar la salud del trabajador.

Palabras clave: trabajador de salud, jubilaciones por invalidez, red pública de salud, Neuquén, Argentina.

Abstract

The link of work, and more specifically, the modalities adopted by the work process at different historical moments, contributes to determining the health-disease process of the different human groups.

This is a descriptive, cross-sectional, quantitative epidemiological study that analyzed the disability pensions granted in Neuquén to workers of the public health network in the period 2010-2019. Among the main results of the study, it stands out that 76.8% of disability retirees are women, who are 1.26 times more likely to complete their working life due to disability than men. The analysis of the association grouping – retirement due to disability shows that the group of "operatives" is the one with the highest risk (2.6 times higher) and when the grouping variable is combined with the sex of workers retired due to disability, it is verified that professional men would have a higher risk than women professionals of it is found that professional men would have a higher risk than professional women of completing their working life early.

The average number of years of working life lost is 5.47 for each worker retired for this reason (7.87 years for men and 4.74 years for women). The study of the causes that motivated the disability shows that 65.2% correspond to three groups of health problems: diseases of the circulatory system (81 – 25.0%), mental and behavioral disorders (65 – 20.1%) and diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (65 – 20.1%). The economic impact of disability pensions was also estimated considering the direct costs and those accrued by having to replace retired agents.

Progress was made in the analysis of the devices dedicated to the health care of health workers, concluding that the current ones are weak and that it is necessary to design and implement a comprehensive health care plan for health workers who are currently absent. Questions were raised that may give rise to new lines of research to deepen the study of the relationships between work and health and recommendations were proposed for the collection of systematized and useful information for the purpose of designing and implementing a comprehensive care plan, in addition to others of direct application to improve the health of the worker.

Keywords: health workeres, disability pensions, public health network, Neuquén, Argentina.

Contenido

Resumen	2
Abstract	3
Dedicatoria	8
Agradecimientos	9
Listado de tablas	10
Listado de figuras	11
Lista de abreviaturas	12
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1 <i>Presentación del tema y propósito de la investigación</i>	13
1.2 <i>Delimitación del problema</i>	15
1.3 <i>Preguntas de investigación</i>	17
1.4 <i>Evaluación del problema</i>	18
1.4.1 Criterio de conveniencia	18
1.4.2 Criterio de relevancia social	18
1.4.3 Criterio de utilidad de la metodología	18
1.4.4 Criterio de viabilidad	18
1.5 <i>Hipótesis</i>	18
1.6 <i>Objetivo general de la tesis</i>	19
1.7 <i>Objetivos específicos de la tesis</i>	19
1.7.1 Estudio de la composición de trabajadores públicos jubilados en Neuquén	19
1.7.2 Relación entre jubilación por invalidez y procesos de trabajo	20
1.7.3 Relación entre jubilación por invalidez y dispositivos destinados al cuidado y monitoreo de la salud de los trabajadores	20
2. JUSTIFICACIÓN	21
2.1 <i>Justificación social</i>	21
2.2 <i>Justificación académica</i>	21
2.3 <i>Justificación personal</i>	21
3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1 <i>Algo sobre la historia sanitaria de Neuquén</i>	23
3.2 <i>Los trabajadores de salud de Neuquén</i>	29
3.2.1 Relaciones laborales en el sistema público de salud de Neuquén	31
3.3 <i>Legislación sobre jubilaciones y pensiones en Neuquén</i>	35
3.3.1 Ley provincial N° 611	35
3.3.5 Resolución ISSN 261/95	36
3.3.2 Resolución N° 363/81	36

3.3.3 Ley provincial N° 2025	36
3.3.4 Baremo Decreto 478/98	37
3.3.6 Circuito para aprobación de jubilación por invalidez.....	37
3.4 Morbi-mortalidad relacionada con el trabajo en salud.....	38
4. MARCO TEÓRICO	40
4.1 Conceptos básicos sobre salud y trabajo.....	41
4.1.1 Proceso salud-enfermedad-cuidado y la determinación social de la salud.....	41
4.1.2 Centralidad del trabajo en la vida humana y su relación con la salud.....	45
4.2 Genealogía del estudio de las relaciones entre el trabajo y la salud	59
4.2.1 Ramazzini, un precursor	60
4.2.2 La revolución industrial, Chadwick y Engels, dos miradas	61
4.2.3 El movimiento obrero organizado y los primeros estudios argentinos	64
4.2.4 La salud del trabajador como política de estado en Argentina	67
4.2.5 De la sustitución de importaciones y la protección laboral, a las reformas neoliberales	70
4.2.6 Los sindicatos, las demandas y la conflictividad en Neuquén	75
4.2.7 Los convenios colectivos de trabajo y su relación con la salud del trabajador.....	78
4.3 Trabajar en salud y culminación anticipada de la vida laboral.....	80
4.3.1 El trabajo en salud y el equipo de salud como representación social.....	80
4.3.2 Culminación anticipada de la vida laboral	105
5. ESTADO DEL ARTE	115
5.1 Presentación	115
5.2 Búsqueda en bases bibliográficas	115
5.2.1 Preguntas de investigación	116
5.2.2 Recorte geográfico y temporal	116
5.2.3 Tipos de documentos y soporte	116
5.2.4 Selección de bases de datos de bibliografía científica	116
5.2.5 Descriptores, términos libres y campos de búsqueda seleccionados	117
5.2.6 Síntesis de la búsqueda bibliográfica realizada.....	118
5.2.7 Criterios de inclusión.....	118
5.2.8 Criterios de exclusión.....	119
5.2.9 Estrategias adicionales de búsqueda.....	119
5.2.10 Proceso de búsqueda	119
5.2.11 Cuerpo documental.....	119
5.2.12 Categorías analíticas para evaluar el material rescatado	120
5.2.13 Conclusiones luego de la lectura de los artículos seleccionados	122
5.2.14 Material no incluido en el cuerpo documental	130

6. METODOLOGÍA	133
6.1 <i>Ámbito y duración del estudio</i>	133
6.2 <i>Diseño de investigación</i>	133
6.2.1 Identificación de la población	133
6.2.2 Identificación de las variables	134
6.3 <i>Métodos técnicos y operativos</i>	137
6.3.1 Diagrama completo del estudio	137
6.3.2 Instrumentos de recolección de datos	140
6.4 <i>Limitaciones del estudio</i>	140
6.5 <i>Análisis estadístico de los datos y presentación de resultados</i>	141
6.5.1 Análisis estadístico	141
6.6 <i>Aspectos éticos y legales</i>	141
6.6.1 Requisitos legales	141
6.6.2 Mecanismo de devolución previsto	142
7. RESULTADOS	143
7.1 <i>Resultados de la fase 1 (jubilados de toda la administración pública)</i>	143
7.1.1 jubilados y pensionados de la administración pública provincial	143
7.1.2 Jubilados por invalidez en la administración pública provincial	144
7.2 <i>Resultados de la fase 2 (jubilados de Salud Pública)</i>	146
7.2.1 Relación activos y pasivos entre los trabajadores de salud de Neuquén	146
7.2.2 Jubilaciones en trabajadores de salud de Neuquén	148
7.2.3 Años de vida laboral perdidos (AVLP)	150
7.2.4 Impacto económico de las jubilaciones por invalidez	153
7.2.5 Jubilaciones por invalidez y lugares de trabajo	155
7.3 <i>Resultados de la fase 3 (Análisis de los dictámenes de juntas médicas)</i>	157
7.3.1 Sobre los dictámenes de juntas médicas	158
7.3.2 Naturaleza de la invalidez	159
7.3.3 Relación de la invalidez con el trabajo	160
7.3.4 Diagnósticos según clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)	161
7.3.5 Instancia de resolución para dictaminar invalidez	165
7.4 <i>Relación entre jubilación por invalidez y los dispositivos destinados al monitoreo y cuidado de la salud de los trabajadores</i>	165
7.4.1 Estimación de situaciones pasibles de ser detectadas al ingreso	165
7.4.2 Los dispositivos de monitoreo y cuidado de la salud del trabajador	166
8. DISCUSIÓN	170
8.1 <i>Encuadre propuesto para el análisis</i>	170
8.2 <i>Sobre los resultados de la investigación</i>	170

8.2.1 Fase 1: Análisis de base de datos de jubilados de toda la administración pública provincial (base 1).	170
8.2.2 Fase 2: Análisis de base de datos de jubilados del Sistema Público de Salud de Neuquén (base 2).....	171
8.2.3 Resultados de la fase 3 (Análisis de los dictámenes de juntas médicas)	179
8.2.4 Los dispositivos de monitoreo y cuidado de la salud de los trabajadores.....	183
8.3 Aspectos teóricos en el contexto de la investigación	188
8.3.1 Salud y trabajo en el escenario neuquino	188
8.3.2 Trabajar en salud	193
8.3.3 Culminación anticipada de la vida laboral	197
8.3.4 Los dispositivos de cuidado de la salud del trabajador y su participación	200
9. CONCLUSIONES	202
9.1 Interrogantes y potenciales líneas de investigación	202
9.1.1 Interrogantes que surgen del estudio	202
9.1.2 Estudios ampliatorios.....	206
9.2 Recomendaciones y propuestas de intervenciones.....	207
9.3 Comentarios finales.....	212
Bibliografía	213

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

Dedicatoria

*Este trabajo está dedicado
a todas las compañeras y compañeros de los hospitales neuquinos
que han ofrecido sus sueños, sus energías, y hasta la vida misma,
en favor de la salud del Pueblo.*

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado de una investigación que pudo concretarse gracias al aporte generoso de muchas personas e instituciones que me acompañaron en este periplo.

Agradezco al Hospital Zonal Chos Malal y a mis compañeras y compañeros del equipo de salud por el apoyo brindado y porque siempre han sido fuente de motivación para seguir aprendiendo y una inagotable usina de ideas y desafíos.

A Gustavo Marín, por aceptar ser mi director de tesis y orientarme en los pasos necesarios para poder llegar a concretar esta instancia.

Al Administrador General del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), Cr. Néstor Martín, al Director de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones, Cr. Daniel Aguirrezabala y a las compañeras Ybe Guerrero y Patricia Flores del Departamento de Juntas Médicas, por facilitarme el acceso a la documentación necesaria para poder concretar este estudio.

A Laura Lamfre, Carlos Ventura, Roberto D'Angelo y mis compañeros y compañeras del CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar), por sus contribuciones y estímulos para llevar adelante este trabajo.

A muchos integrantes del sistema público de salud de Neuquén que han aportado información y opiniones muy valiosas para este estudio, entre ellos: Susana Filliponi (Directora de Recursos Humanos de la Subsecretaría de Salud), Carmen Gladis Fernández (Dirección de Salud Ocupacional de la Subsecretaría de Salud) y los médicos laborales Arturo Carrillo, Patricia Parga, Luciana Lievana, Leonor Toledo, Gustavo Otarán y Damián Pinolini, que hicieron aportes muy valiosos para esta investigación.

Finalmente, un reconocimiento muy especial a mi Maestro Malco Francisco Elder, que no solamente contribuyó con su experiencia en epidemiología y me ayudó en distintos aspectos de este estudio, sino que, además, como desde hace ya casi cuatro décadas, sigue siendo un estímulo y un ejemplo.

Listado de tablas

1. Composición de planta de personal 1971 – 2019.
2. Evolución de la población de Neuquén y de la planta de trabajadores de salud.
3. Número de artículos recuperados según bases de datos, combinación de términos y campos de búsqueda.
4. Diagrama de la selección de artículos recuperados en las bases de datos seleccionadas.
5. Operacionalización de la variable dependiente.
6. Operacionalización de las variables independientes.
7. Operacionalización de las variables de control.
8. Jubilados totales por organismo y por invalidez.
9. Jubilados de salud totales y activos, relación activos-pasivos.
10. Trabajadores de salud jubilados por invalidez vivos a diciembre de 2019 con beneficio otorgado entre 2010 y 2019.
11. Jubilados por beneficio, promedio y DE.
12. Trabajadores de salud jubilados y jubilados por invalidez según sexo.
13. Trabajadores de salud jubilados y jubilados por invalidez según edad al jubilarse
14. Trabajadores de salud jubilados y trabajadores jubilados por invalidez según agrupamiento.
15. Trabajadores de salud jubilados y trabajadores jubilados por invalidez según sexo y agrupamiento.
16. Número de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según agrupamiento y sexo.
17. Número de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según sexo y AVLPP por cada jubilado por invalidez.
18. Número de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según agrupamiento y AVLPP por cada jubilado por invalidez.
19. Promedios de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según agrupamiento y AVLPP por cada jubilado por invalidez.
20. Estimación del impacto presupuestario de los años de vida laboral perdidos por trabajadores de salud jubilados por invalidez, vivos a diciembre de 2019, según carga salarial año 2019.
21. Estimación del impacto presupuestario de los años de vida laboral perdidos por trabajadores de salud jubilados por invalidez, vivos a diciembre de 2019, según sueldo testigo octubre de 2019 de los distintos agrupamientos.
22. Planta de personal y jubilados por invalidez entre 2010 y 2019 según último lugar de trabajo, por zona sanitaria y hospital.
23. Naturaleza de la invalidez según dictamen de juntas médicas realizadas a trabajadores jubilados por invalidez entre 2010 y 2019, según agrupamiento.
24. Naturaleza de la invalidez según dictamen de juntas médicas realizadas a trabajadores jubilados por invalidez entre 2010 y 2019 y según nivel de instrucción.

25. Relación de la invalidez con el trabajo, según surge del análisis de los dictámenes de juntas médicas realizadas a trabajadores jubilados por invalidez entre 2010 y 2019, según agrupamiento.
26. Diagnósticos consignados en dictámenes de juntas médicas de jubilaciones por invalidez otorgadas entre 2010 y 2019, según grupo de causas, clasificación internacional de enfermedades (CIE-10).
27. Diagnósticos consignados en dictámenes de juntas médicas de jubilaciones por invalidez otorgadas entre 2010 y 2019, y promedio de incapacidad por caso para tres grupos seleccionados.
28. Diagnósticos consignados en dictámenes de juntas médicas de jubilaciones por invalidez dos o más veces, según diagnóstico de la CIE-10.
29. Instancia de otorgamiento de la jubilación por invalidez a trabajadores jubilados entre 2010 y 2019, según agrupamiento.

Listado de figuras

1. Algoritmo para otorgamiento de jubilación por invalidez de empleados públicos en la provincia de Neuquén.
2. Mapa conceptual con el desarrollo del marco teórico.
3. Esquema de la genealogía del estudio de las relaciones entre el trabajo y la salud.
4. Categorías y rango de puntaje de cada una de las categorías incluidas en el ICT.
5. Puntuación, capacidad de trabajo y objetivos de las medidas a adoptar según resultados del cálculo del Índice de Capacidad para el Trabajo (ICT).
6. Porcentaje de jubilados de cada organismo, respecto del total de jubilados provinciales y % de jubilados por invalidez en cada organismo público.
7. Distribución porcentual del total de jubilados por organismo público, Neuquén, Argentina, 2019.
8. Relación entre trabajadores activos y pasivos del sector público de salud a diciembre de 2019. Neuquén, 2019.
9. Número de jubilaciones por invalidez otorgadas a trabajadores de salud en Neuquén en el período 2010-2019.
10. Secuencia de casos de jubilaciones y pensiones estudiados en el sector público de Neuquén a diciembre de 2019

Lista de abreviaturas

ART. Aseguradora de Riesgos del Trabajo

CENDES. Centro de Estudios del Desarrollo (Universidad Central de Venezuela)

CIAP. Comisión de Interpretación y Autocomposición Paritaria

CCT. Convenio Colectivo de Trabajo

CyMAT. Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo

ICT. Índice de capacidad para el trabajo

ISSN. Instituto de Seguridad Social de Neuquén

MOI. Movimiento Obrero Italiano

MSAL. Ministerio de Salud de la Nación

OIT Organización Internacional del Trabajo

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PCI. Países capitalistas industrializados

PSLT. Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo

RPST. Riesgos psicosociales en el trabajo

SPPS. Sistema Público Provincial de Salud

SRT. Superintendencia de Riesgos de Trabajo

SSS Superintendencia de Servicios de Salud

Salud de los trabajadores de salud

Estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación del tema y propósito de la investigación

Asistimos a un escenario de profundas transformaciones en el mundo del trabajo, no solo en el modo de producir sino también, y sobre todo, en el modo de vivir y de comunicar. Al decir de Andrea Fumagalli, “existe una fractura de la actividad laboral, atrapada entre la búsqueda de estabilidad y el anhelo de una libertad de elección no siempre posible” (Fumagalli, 2010).

Rescatando conceptos del autor mencionado, Mario Hernández Álvarez sostiene que durante los primeros lustros del siglo XXI el “capitalismo cognitivo” está reemplazando al clásico modelo de acumulación fordista. La lógica de bienes materiales transformados por la industria (modelo fordista) va dando lugar a la hegemonía de un nuevo modelo que prioriza bienes inmateriales como la información y el conocimiento. Hernández Álvarez sostiene que esta nueva fase del capitalismo da lugar al pasaje del llamado “trabajo muerto” con centralidad en las máquinas, al “trabajo vivo” en el que la informática-telemática se impone a favor de la acumulación de capital. Se trata de una actualización de los modos de producción y relaciones de las fuerzas productivas que se menciona como “biocapitalismo” (Hernández-Álvarez, 2015).

Si bien esta transformación registra impactos en el ámbito sanitario, pareciera que las actividades propias del sector salud seguirán siendo, al menos por un tiempo significativo, mano de obra intensiva. Esto es así porque existen pocas actividades humanas con tanto conocimiento concentrado, de rápida actualización, y a su vez, dependiente de la actuación directa de los trabajadores. En consecuencia, puede decirse que la asistencia sanitaria es una actividad “talentointensiva” (Rovere, 2000) en la cual los resultados dependen, en gran medida, de la calidad de la integración de saberes científicos y normalizados (modelos industriales) combinados con destrezas y habilidades resultantes de la tarea artesanal (modelo artesanal) (Spinelli, 2018).

Contribuye a la complejidad del campo de estudio el hecho de que esas experiencias provienen de grupos de trabajo con lógicas de pensamiento y acción disímiles, que deben

vincularse entre sí buscando un resultado, para lo cual se conforma un entramado complejo que incluye oficios y profesiones muy diversos.

Las acciones sanitarias pueden ser catalogadas como servicios de personas para personas, en las cuales los trabajadores conforman el núcleo central e imprescindible. Los trabajadores representan el componente estructural más significativo y son al mismo tiempo, el principal factor potencial de cambio. También se constituyen en el más fuerte estabilizador de esas transformaciones cuando estas se instalan en la cultura institucional (Rovere, 1993).

La medicina es arte y ciencia, aunque este siglo encuentra a las universidades involucradas más en la transmisión de ciencia y técnica que en otros aspectos que hacen al oficio del trabajador de salud. Los profesionales sanitarios, en tanto agentes de los distintos sectores que conforman los equipos de salud, son responsables de proveer servicios que posibiliten conectar a los ciudadanos con la tecnología, la información y el conocimiento.

“También son los cuidadores, comunicadores y educadores, miembros del equipo, directores, líderes y gestores de políticas. Los trabajadores de salud son la cara humana del sistema de salud” (Frenk et al., 2010).

La salud, que ha devenido en un sector de creciente participación en el mercado laboral y de progresiva complejidad, devela asociaciones estrechas entre condiciones de trabajo y enfermedad. La interrelación entre el mundo del trabajo y el de la salud resultan evidentes. La fuerza laboral del sector salud es una parte de la población, pero que tiene la peculiaridad de que se espera de ella que cuide la salud de los demás desplegando una tarea donde expone a diario la suya misma.

Por esa razón, problematizar el proceso de trabajo, las formas que adopta en distintos momentos y para cada tipo de actividad y la repercusión que conlleva para sus protagonistas, resulta relevante en función de analizar el sector en forma integral.

Desde finales de la década de 1970 se rescatan trabajos que plantean discusiones que intentan trascender los clásicos debates que se limitaban a considerar el ambiente laboral en función de la exposición a riesgos físicos, químicos y biológicos. La actividad que despliegan los trabajadores de salud los expone a un conjunto de riesgos que no se circunscriben a los clásicamente considerados en el ámbito de la industria. El estrés psíquico que surge de enfrentar situaciones vitales límites, o el resultante de cambios de funciones o tareas que incluye aspectos vinculares dentro de los distintos grupos de trabajo, o la exposición a enfermedades transmisibles, son algunas de las aristas que conforman un marco más amplio de riesgo para la salud física y mental del personal de salud.

Aunque en Neuquén hay trabajos que centraron su objeto de estudio en el mundo del trabajo (Mases, 1994, 1998, 2007), la provincia no dispone de estudios que den cuenta de la situación de salud de los trabajadores que pertenecen al sistema público de salud. Este trabajo intenta ser un aporte en este sentido, seguramente abriendo líneas de investigación futuras para enriquecer la mirada con criterio crítico y de crecimiento.

La finalidad, más allá de contribuir a la caracterización del Sistema Público de Salud de Neuquén desde un costado poco explorado, es plantear interrogantes vinculados con posibles líneas de acción a desarrollar. Esto es así, entendiendo como pertinente a la gestión sanitaria, desplegar estrategias para atenuar una situación que impacta en el rendimiento del propio sistema y atenta contra la salud colectiva en forma doble. Por un lado, por la afectación de la salud de los trabajadores de salud, y por otro, porque el sistema se priva de aprovechar la experiencia acumulada por esos trabajadores desperdiciando el esfuerzo comunitario invertido.

En suma, la investigación que se propone como tema para esta tesis doctoral, intenta describir la compleja realidad de la salud de los trabajadores de salud, haciendo foco en los procesos de trabajo de los equipos de salud en los hospitales de la red pública de la Provincia del Neuquén, los dispositivos disponibles para el cuidado y monitoreo de la salud, y su relación con la culminación prematura de la vida laboral.

1.2 Delimitación del problema

El trabajo ocupa un lugar destacado en el escenario de la determinación social que genera el proceso salud-enfermedad-cuidado. Salud-enfermedad, al decir de Asa Cristina Laurell, debe entenderse como producto social. Refiere Laurell que "... se verifica empíricamente el carácter social del proceso de salud enfermedad en cuanto a fenómeno material objetivo y tal como se expresa en el perfil patológico de los grupos humanos" (Laurell, 1982). Por esa razón tanto la definición de salud-enfermedad, como los distintos perfiles que ese proceso adopta, tienen historicidad. Esa evolución está jalonada por los distintos modos de combinarse el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción.

Asa Cristina Laurell convoca al estudio de la relación entre salud y trabajo, entendiendo la necesidad de analizarlo desde el punto de vista de los trabajadores. Sostiene que "el trabajo es una categoría social y, por eso, debe ser tratado como tal en sus determinantes múltiples, y no solo como un factor ambiental" (Laurell, 1978).

El proceso de trabajo que posibilita la producción de la vida material adopta distintos perfiles de acuerdo al perfil de la sociedad en un momento histórico dado. El trabajo, entonces,

es básico a toda vida social, dado que su reproducción es imposible sin él. El determinante fundamental del proceso de trabajo bajo el capitalismo es que se organiza para crear el máximo de plusvalía, y consecuentemente de ganancia. Este concepto, que podría llevar a pensar su aplicación solamente a actividades productivas con fines de lucro, sin embargo, permea al conjunto de la sociedad en un momento histórico dado, influyendo en todas las actividades humanas porque no se limita a cuestiones económicas.

El elemento analítico del proceso de trabajo para la comprensión de la salud, es el trabajo mismo. El trabajo constituye un componente central en la conformación de la subjetividad e identidad social de los individuos y colectivos, aunque también es fuente de accidentes, enfermedades y sufrimiento, que pueden comprometer la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores. El conocimiento acerca de las relaciones entre trabajo y salud, de los riesgos ocupacionales, de la organización del trabajo insalubre y de los grupos de trabajadores más vulnerables, es fundamental para establecer medidas de promoción en vista de mejores condiciones de trabajo y bienestar” (Spinelli, 2013).

El vínculo del trabajo, y más específicamente, las modalidades que adopta el proceso de trabajo en distintos momentos históricos, contribuyen a determinar el proceso salud-enfermedad de los distintos grupos humanos. Esta relación, siendo el trabajo central para la vida humana, se verifica, como se mencionó, en todos los ámbitos, sean públicos o privados. Por lo expuesto, el sector público de salud no está exento de esa influencia que puede operar en distintos sentidos, con las particularidades propias del trayecto de desarrollo de cada sistema de salud, que debe ser considerado para comprender el contexto.

Según información aportada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), al 31 de diciembre de 2019 la provincia registraba un total de 26 814 beneficiarios de jubilaciones y pensiones. De ellos, 2 533 correspondían a beneficiarios de jubilaciones cuyo principal lugar de trabajo había sido el sector Salud Pública provincial. De ese total de “beneficios”¹, 530, es decir el 20,92% eran jubilaciones por invalidez.

Dicho de otra manera, más dos, de cada diez trabajadores de salud del sector público de Neuquén que estando vivos al 31 de diciembre de 2019 cobraban sus haberes jubilatorios, culminaron su vida laboral antes del tiempo previsto de acuerdo a las condiciones legales vigentes, al detectarse una incapacidad laboral igual o superior al 66%.

¹ Beneficios es una expresión propia de la jerga empleada en la seguridad social para referirse a personas jubiladas o destinatarios de una pensión, por esa razón aparece en el texto entre comillas.

Algunos de esos trabajadores interrumpieron prematuramente su trayecto laboral por causas sin vinculación con las condiciones en las que desarrollaban su labor. Sin embargo, para algunos de ellos el trabajo podría haber sido la causa de un desgaste tal, que provocó su invalidez, convirtiéndose en fuente de enfermedad que condicionó su posterior calidad de vida.

Respecto de los jubilados por invalidez por causas no relacionadas con el trabajo cabría indagar en qué medida la participación en equipos de salud influyó en el tiempo que demandó el abordaje de sus problemas de salud. Esto último, relacionado con la autopercepción del proceso salud-enfermedad, será motivo de un abordaje complementario de este trabajo.

1.3 Preguntas de investigación

Partiendo de ese marco conceptual y con la información que surge de una exploración inicial se configuró el objeto construido de este estudio y que llevan a definir el problema con la formulación de la siguiente pregunta:

¿Cuáles han sido las relaciones entre los procesos de trabajo, los dispositivos de cuidado de la salud y la incapacidad laboral de los trabajadores de salud del sistema público en Neuquén, jubilados por invalidez, entre 2010 y 2019?

Subsidiariamente el estudio formula otras indagaciones:

- ¿Cuál es la magnitud de beneficiarios por jubilaciones por invalidez respecto del total de jubilaciones en el sector público en Neuquén?
- ¿Cuál es la magnitud de beneficiarios por jubilaciones por invalidez respecto del total de jubilaciones en el sector público de salud en Neuquén según características sociodemográficas, sanitarias y laborales?
- Dentro del propio sector público de salud, ¿el porcentaje de jubilaciones por invalidez respecto del total de jubilaciones es similar en todos los agrupamientos?
- ¿Cuántos años de vida laboral se pierden en el sistema público de salud de Neuquén a causa de las jubilaciones por invalidez?
- ¿Cuál es el costo económico de esa pérdida y cuáles son los demás costos que le implica al sistema de salud esa situación?
- ¿Cuáles son las causas de las jubilaciones por invalidez y que porcentaje de las mismas se relacionan con las condiciones de trabajo?

- ¿Qué porcentaje de casos de jubilaciones por invalidez podrían haber sido evitados desplegando dispositivos de prevención y detección oportuna de problemas de salud?

1.4 Evaluación del problema

1.4.1 Criterio de conveniencia

Resulta conveniente para confirmar o descartar la relación entre proceso y condiciones de trabajo, dispositivos destinados al cuidado de la salud del trabajador y el desgaste prematuro e invalidez laboral.

1.4.2 Criterio de relevancia social

Resulta relevante en tanto apunta a indagar sobre esta relación y así iniciar un proceso que no se agotará en este trabajo de tesis, pero que propone mejorar condiciones de trabajo en general y de los dispositivos de cuidado de la salud del trabajador en particular, para beneficiar a esas personas, fortalecer el sistema público de salud y de esa manera aportar a mejorar el acceso al derecho a la salud de toda la comunidad.

1.4.3 Criterio de utilidad de la metodología

El relevamiento de información incluye la construcción de una base de datos que resume las conclusiones de los dictámenes de las juntas médicas que actúan en el proceso de evaluación de los pedidos de jubilaciones. Esa base de datos podría constituirse en un instrumento, que, alimentándose con cada caso, devenga en fuente de información útil para evaluar el proceso mismo del otorgamiento de jubilaciones por invalidez.

1.4.4 Criterio de viabilidad

El estudio propuesto requiere recursos que efectivamente están disponibles, no implica financiamiento que el propio investigador no pueda afrontar y no encuentra limitaciones éticas que impidan llevar adelante la investigación.

1.5 Hipótesis

La jubilación por invalidez de los trabajadores de salud se relaciona con los procesos de trabajo y los dispositivos de cuidado de la salud.

1.6 Objetivo general de la tesis

Determinar la composición del universo de trabajadores de salud del sector público de Neuquén que se han jubilado por invalidez en el período 2010-2019, evaluando la potencial relación entre la jubilación por invalidez, los procesos de trabajo y los dispositivos destinados al cuidado y monitoreo de la salud, de los trabajadores de salud del sector público de Neuquén, en el período 2010-2019.

1.7 Objetivos específicos de la tesis

1.7.1 Estudio de la composición de trabajadores públicos jubilados en Neuquén

- Estimar la magnitud de trabajadores de la administración pública provincial jubilados por invalidez según organizaciones de trabajo, sector y causas de retiro.
- Determinar el número de jubilados totales de salud al 31/12/2019 y la relación trabajadores activos/jubilados en salud pública de Neuquén.
- Verificar el número de jubilados por invalidez y la cantidad de casos que fueron aprobadas en cada año del lapso comprendido en el estudio.
- Determinar el porcentaje de jubilados por invalidez respecto del total de jubilados en el sector público de salud.
- Verificar el porcentaje de jubilados por invalidez por cada agrupamiento de acuerdo a la clasificación del personal de salud establecida en el convenio colectivo de trabajo.
- Estimar porcentaje de jubilados por invalidez según sexo.
- Calcular la cantidad de años de vida laboral que se perdieron por jubilaciones por invalidez en cada agrupamiento de trabajadores de salud.
- Estimar el impacto económico generado por la pérdida de años laborales producto de las jubilaciones por invalidez.
- Establecer el porcentaje de jubilados por invalidez por zona sanitaria y hospital de último destino del agente jubilado por invalidez.
- Calcular la razón de jubilados por invalidez con relación a la cantidad de trabajadores activos por hospital.

1.7.2 Relación entre jubilación por invalidez y procesos de trabajo

- Establecer el porcentaje de causas físicas y psíquicas que llevaron a la jubilación por invalidez, según agrupamiento, de acuerdo a la clasificación del personal de salud establecida en el convenio colectivo de trabajo.
- Estimar el porcentaje de causas directamente relacionadas con el trabajo de acuerdo al registro realizado por la junta médica actuante.
- Clasificar las causas de invalidez de acuerdo al código internacional de enfermedades (CIE-10), agrupando por grupos de diagnósticos (ver listado de grupos de causas).
- Ordenar los diagnósticos registrados por frecuencia de mayor a menor, considerando todas las causas que sumaron para llegar a superar el 66% de incapacidad.
- Calcular el porcentaje de personas a las que se dictaminó invalidez en 1° instancia, total y por año.
- Calcular el porcentaje de personas a las que se dictaminó invalidez en 1° apelación, total y por año.
- Calcular el porcentaje de personas a las que se dictaminó invalidez en 2° apelación, total y por año.
- Apuntar las observaciones que surgen del análisis de los dictámenes de las juntas médicas realizadas a trabajadores a los que se les otorgó la jubilación por invalidez.

1.7.3 Relación entre jubilación por invalidez y dispositivos destinados al cuidado y monitoreo de la salud de los trabajadores

- Estimar el porcentaje de situaciones que desembocaron en una jubilación por invalidez y fueron pasibles de ser detectadas al ingreso al puesto de trabajo.
- Estimar los porcentajes de situaciones evitables o reducibles por diagnóstico y/o tratamiento oportuno.
- Analizar el perfil y rol de los dispositivos disponibles para cuidar y monitorear la salud del trabajador de salud.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1 *Justificación social*

Siendo el trabajador de salud el pilar fundamental de los sistemas de salud, en tanto éstos se pueden definir como la respuesta social organizada para los problemas de salud, el cuidado de los mismos deviene en una acción que no puede subestimarse. Analizar cuestiones vinculadas con la salud del trabajador se correlaciona con la preservación de un recurso comunitario valioso, por lo que se justifican iniciativas que directa, o indirectamente, propicien mejoras en este sentido.

En segundo lugar, el conjunto de trabajadores de salud conforma un núcleo social que tiene una significativa representación social, por lo cual lo que les ocurre a estas personas, tiene una repercusión que excede a los trabajadores mismos, en tanto aparecen como referencias para otros integrantes de la comunidad. Esta razón también justifica el abordaje de una problemática que a priori pareciera pasible de correcciones o mejoras.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, un trabajo de investigación que surge desde el propio ámbito sanitario encuentra justificación al intentar contribuir a la salud integral de personas que cuidan la salud de la comunidad.

2.2 *Justificación académica*

Desde el punto de vista académico este estudio intenta empezar a cubrir un espacio vacante abordando un tema con escaso recorrido, al menos en la provincia de Neuquén. Sobre la salud de los trabajadores en general y los de salud en particular, se pueden encontrar publicaciones nacionales e internacionales que aportan al análisis y comprensión de esta cuestión. Sin embargo, pese a que el sistema público de salud de Neuquén ha sido reconocido en diferentes ámbitos como ejemplo de organización en favor de la salud colectiva, la problemática vinculada con la salud de los trabajadores de salud no ha sido estudiada.

Este trabajo no pretende completar esa asignatura pendiente, pero sí, abordar el tema desde una arista particular, para plantear inquietudes y nuevos interrogantes que motiven a continuar investigando un tema central a los intereses de un sistema de salud que busca consolidarse y crecer.

2.3 *Justificación personal*

Me he desempeñado en cargos de gestión en salud, como director de hospital y desde el nivel central de salud en temas vinculados con la planificación y las políticas públicas de

salud, siempre en el ámbito del sector público. A lo largo de mi trayecto laboral he confirmado la importancia central del trabajador de salud en los procesos que intentan aportar a la construcción colectiva de salud. Sin embargo, al mismo tiempo, he constatado que, pese a que el trabajador de salud está presente en el discurso oficial como pilar esencial, es poco lo que efectivamente se hace por cuidarlo con criterio integral a lo largo de su trayecto laboral.

Asumir este tema como objeto de estudio en este caso, implica un reconocimiento explícito y un aporte en favor de iniciar un proceso que apunte a replantear los dispositivos destinados a proteger y cuidar a los trabajadores de salud. Lo hago al culminar mi recorrido laboral en Neuquén, agradecido por todo lo recibido y aprendido, especialmente por parte de mis compañeros y compañeras de trabajo.

3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Algo sobre la historia sanitaria de Neuquén

La Provincia de Neuquén es una de las 24 jurisdicciones argentinas, que forma parte del norte patagónico. Según el último censo nacional (2010) en sus poco más de 94mil km² residían 550.344 habitantes, registrando una baja densidad poblacional pero una fuerte velocidad de crecimiento: se estima que la población actual ronda las 650.000 personas, y tanto la tasa de natalidad como la migratoria se mantienen desde hace varios años por encima de la media nacional. También se caracteriza por una fuerte concentración en la capital provincial y ciudades vecinas (más del 50%).

Hasta 1958 Neuquén fue un territorio nacional² sin capacidad de elección de autoridades locales, las que se designaban desde la capital del país (Favaro, 1993). El descubrimiento de petróleo en 1918 en Plaza Huincul (a 100 km de la capital provincial) abrió un horizonte promisorio para este territorio, y de hecho hasta el día de hoy constituye la base económica provincial, pero el desarrollo integral fue francamente deficitario hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX (Colantuono, 1995), especialmente en las localidades más alejadas de la capital.

Sobre finales de la década de 1950, los principales indicadores sanitarios mostraban situaciones sanitarias muy dispares en el interior del país. A partir de la gestión del Dr. Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de la Nación (1946-1954) (Alzugaray, 1988), se habían logrado mejoras sanitarias significativas en algunas provincias argentinas, pero otras continuaban muy atrasadas. Para 1960 morían en Neuquén 12 de cada cien recién nacidos. Con una tasa de mortalidad infantil que registraba 117,9 fallecidos antes del año de vida por cada por mil nacidos vivos, prácticamente duplicaba el promedio nacional, y los departamentos del norte provincial, Minas y Chos Malal, ocupaban los primeros lugares de ese triste ranking (Lator et al., 2006).

² El 15 de junio de 1955 el Congreso Nacional sancionó la Ley N° 14.408 que provincializó los territorios de Neuquén, Río Negro y Formosa, en base a los Territorios Nacionales existentes. Dicha ley fue promulgada por el entonces presidente Juan Domingo Perón, pero debido al golpe de estado de septiembre de 1955, se pudo poner en vigencia recién dos años después. Fue así como el 28 de agosto de 1957 se realizó la primera reunión de la Convención Constituyente de la provincia de Neuquén, que sancionó la Constitución Provincial en noviembre de ese año. La provincia tuvo que esperar la restitución de la democracia en el año 1958, para elegir a sus primeras autoridades democráticas.

Con un criterio planificador centralista y de acciones focalizadas, desde el gobierno nacional se crearon centros de atención materno-infantil en distintos puntos del país. Para Neuquén los primeros se localizaron en Zapala, San Martín de los Andes, Cutral Có y Chos Malal (Blanco, 1998). Sin embargo, esas iniciativas no modificaron sustancialmente la situación sanitaria provincial.

La conformación del Estado provincial, y su materialización efectiva, se desarrolló en un contexto de recurrente inestabilidad política a nivel nacional signada por la proscripción del peronismo. Sin embargo, la "cuestión peronista" se diluye con el claro triunfo de una fuerza política provincial (Movimiento Popular Neuquino –MPN–) que incorpora a gran parte de su electorado, y a través de una figura carismática –Felipe Sapag– neutraliza, en gran medida, la influencia del líder exiliado.

La emergencia de ese nuevo actor en la vida política provincial resultó determinante. Constituido el MPN como partido provincial (Martínez Guarino, 2004), a partir de 1961 fue la fuerza controladora de la estructura de poder, aún en períodos extra-constitucionales. Aún desplazado del gobierno por los golpes de Estado militares, nunca se desarticuló como partido político y sus figuras más destacadas siempre se mantuvieron cercanas a los interventores. Así, Felipe Sapag, elegido gobernador en 1963 y derrocado en 1966 por la denominada *Revolución Argentina* que encabezó el General Juan Carlos Onganía, fue designado interventor provincial en los dos años finales de ese gobierno de facto, y fue reelegido gobernador en 1973 (Arias-Bucciarelli et al., 1993).

A fines de la década de 1960 y entrando en la de 1970, es posible advertir la consolidación de un tipo de Estado que expande y articula una sociedad en permanente cambio y acelerada transformación; adquiere un perfil caracterizado por el desarrollo de la obra pública y la política social, acentuando la tendencia discursiva hacia lo local y regional (federalismo).

En lo que refiere a la salud, es interesante destacar que las decisiones que caracterizaron al MPN de los primeros años, se pueden identificar en lo ideológico con los postulados de la doctrina justicialista desplegada por Perón (1945-1955), pero al mismo tiempo incorporaron conceptos planificadores propios de la etapa desarrollista. Ese marco conceptual y operativo para definir políticas públicas, respondía al contexto de gran parte de la América Latina, influenciado por la asistencia financiera de la “Alianza para el progreso” y los modelos de planificación sugeridos (Morgenfeld, 2012). En 1964 en Neuquén se crea el COPADE (Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo) (Blanco, 1998). Se propiciaba un modelo de planificación centralizado, determinístico, de base económica, normativo, que en países socialistas era imperativo, e indicativo en países capitalistas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ejercía una influencia importante en el ámbito sanitario regional y propiciaba para la planificación sanitaria el método CENDES³. Con esa orientación en 1967 comenzaron a dictarse en Buenos Aires los Cursos Nacionales de Planificación de la Salud, de los que participaron profesionales neuquinos.

Y hacia fines de la década de 1960 el gobierno provincial, consciente de las severas falencias en materia sanitaria, convocó a los doctores Elsa Moreno y Néstor Perrone para organizar el sector público de salud, dando inicio a lo que se llamó el “Plan de Salud”⁴.

En ese momento histórico la situación se caracterizaba principalmente por:

- Alta natalidad (1969): 38,7 nacidos vivos cada 1000 habitantes con más de 25% de partos domiciliarios.
- Alta mortalidad general (1969): 12,1 muertes cada 1000 habitantes (35% lo representaban las muertes de menores de un año). Las primeras causas de muerte eran los estados morbosos mal definidos.
- Alta mortalidad infantil (1970): 108,7 muertes en menores de un año cada 1000 nacidos vivos.
- Alta mortalidad materna: 1,9 muertes cada 1000 nacidos vivos.
- Elevada incidencia de enfermedades inmuno-prevenibles respiratorias y diarreicas.
- La tasa de mortalidad por TBC era el doble que el promedio del país.
- Casi el 50% de las muertes carecían de atención médica.
- Escasa infraestructura de servicios: 30 establecimientos de salud entre hospitales, centros de salud urbanos y puestos sanitarios rurales.
- Escasos recursos humanos y con bajo nivel de formación: en 1970 la provincia contaba con un total de 212 enfermeras de las cuales el 67,5% eran empíricas (formadas en servicio sin capacitación formal).
- Falta de pautas o normas de atención médica.
- Importante porcentaje de población vulnerable se encontraba sin acceso a la asistencia médica.

³ **CENDES.** Refiere al modelo de planificación normativa gestado en el Centro de Estudios para el Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela y que la OPS promocionó para ser aplicado en los países miembros.

⁴ **PLAN de SALUD.** Aún hoy no hay acuerdo unánime sobre si la etapa que se inició en la década de 1970, y que efectivamente, provocó un importante impacto en los indicadores tradicionales de salud, se trató de un verdadero plan de salud o si en realidad consistió sólo en un conjunto de acciones orientadas a dar una respuesta organizada a los problemas de salud detectados como prioritarios. Si por plan se entiende el resultado de una política, y ésta es considerada como producto de definir prioridades y establecer metas, pues entonces el término plan de salud no resulta tan distanciado de la realidad histórica de Neuquén.

- Existencias de endemias con elevadas incidencias y prevalencias (Hidatidosis, tuberculosis).
- Atención únicamente de la demanda espontánea, con acciones de recuperación, y casi sin actividades de promoción y protección. Sin visitas médicas periódicas a poblaciones nucleadas y escuelas y sin visitas domiciliarias por parte de agentes sanitarios.
- Muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.

La decisión política de revertir ese diagnóstico se volcó rápidamente en acciones: Se elevó el rango de la entonces Dirección de Salud Pública transformándola en Subsecretaría asistida por una Dirección General encargada de coordinar al Nivel Central con las Zonas Sanitarias; se produjo un reordenamiento del Nivel Central y Zonas Sanitarias “incorporando profesionales con formación en administración médica y otras disciplinas, que formaron el equipo multidisciplinario que requiere el actual concepto de Salud Pública” (Moreno, 1972), se integraron todos los efectores oficiales por complejidad creciente, asumiendo, sin explicitarlo de esa forma, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como eje vertebral (bastante antes de la Declaración de Alma-Ata de 1978). Se dio especial relevancia al desarrollo de recursos humanos, asumiendo el régimen de dedicación exclusiva como modo de contratación preferencial para las profesiones de grado y se priorizó su formación; se promovió el desarrollo de normas de atención para las prestaciones priorizadas, buscando que llegaran de manera efectiva e igualitaria a la población de todo el territorio (Ministerio de Salud de Neuquén, 2018).

Entre los principios más destacados que orientaron las acciones vale mencionar:

- Regionalización y zonificación con asignación de ámbito geográfico bajo responsabilidad directa de cada hospital (área programa).
- Organización de la red pública siguiendo el criterio de articulación y ordenamiento de los establecimientos por complejidad creciente.
- Centralización normativa y descentralización operativa.
- Énfasis en la APS entendida como estrategia que importa a todo el sistema.
- Énfasis en el primer nivel de atención desde la actuación del agente sanitario como primer eslabón del sistema de salud.
- Capacitación del recurso humano: reconversión de enfermeras empíricas (formación de auxiliares de enfermería) y luego la profesionalización en enfermería, residencias

médicas (empezando con la de Medicina General), formación de agentes sanitarios, capacitación en administración y estadísticas sanitarias.

- Régimen de contratación de profesionales bajo la modalidad de dedicación exclusiva.
- Poca injerencia del poder político partidario en las conducciones hospitalarias.

Este perfil de gestión sanitaria, centrada en el desarrollo del sector público, permitió dar un giro importante a la situación de salud en la provincia, sentando las bases de un modelo que sería ejemplo para otras provincias argentinas, no por ser el primero, pero sí por perdurar pese a los cambios políticos que se registraron a lo largo de los últimos cincuenta años.

No es objeto de este trabajo realizar un detalle minucioso del devenir del sistema público de salud en Neuquén. Pero entendemos que para estimar el impacto que éste ha tenido, cabe destacar el contraste de aquellos indicadores de comienzo de la década de 1970 con los actuales. Las publicaciones oficiales más recientes (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2018a) destacan:

- Neuquén cuenta con 29 hospitales públicos (1.114 camas), 89 centros de salud, 111 puestos sanitarios. (229 establecimientos de salud),
- Tiene una planta de personal de 8500 trabajadores de salud pública (Cada 10.000 habitantes: 20 médicos, 38 enfermeras, 3 odontólogos, 2,3 psicólogos),
- Produce 1,5 millones de consultas médicas ambulatorias y 43.000 egresos hospitalarios por año,
- Cobertura de vacunas: entre ellas se mencionan Hepatitis B y BCG: 98% - 3° Sabin y pentavalente: 91% - 2° Triple viral: 92%,
- Cobertura de salud: 65% obras sociales y seguros privados – 35% exclusiva salud pública. Acceso al derecho a la salud: 100%.
- Tasa de Natalidad: 17,5 cada 1.000 habitantes.
- Tasa de Mortalidad Infantil: 7,8 por mil nacidos vivos.
- Tasa de Mortalidad general (ajustada por edad): 703 cada 100.000 habitantes.
- Esperanza de vida al nacer: mujeres: 82 años – hombres: 75,4.

Las publicaciones oficiales destacan que Neuquén reporta la esperanza de vida más alta del país en mujeres (81,97 años) y la segunda en varones (75,43 años) (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2018b) y respecto de la mortalidad infantil, Neuquén registró en 2017, 6,7 muertes de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos (tasa nacional para 2017: 9,7/1000). Esa tasa fue de 8,1 en 2015, 7,3 en 2016 y en 2018 se alcanzó el récord histórico más bajo de 5,44/1000 (no publicado aun).

En cuanto a la organización sectorial actual, es dable mencionar que el sistema de salud provincial está compuesto por el sistema público de salud, el subsector privado y el de obras sociales. El subsector público comprende un nivel central normativo y de conducción general y una red integrada por los establecimientos prestadores de servicios. Desde el primer nivel de atención hasta la máxima complejidad la dependencia del sistema de salud es del orden provincial. El nivel central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Ambos en conjunto ejercen su función de conducción hacia las Jefaturas de Zonas Sanitarias. La red de atención está integrada por 30 hospitales (1.114 camas), 84 centros de salud, 105 puestos sanitarios y responde a un modelo organizacional regionalizado en áreas programas y zonas sanitarias, e integrado en niveles de complejidad creciente. En el ámbito privado y de obras sociales se cuenta con 14 establecimientos con internación (638 camas). Se registra un importante crecimiento en los últimos años, con fuerte concentración de recursos en las principales ciudades de la provincia, especialmente en Neuquén capital.

Con relación a la organización regional el territorio de toda la provincia se divide en Zonas Sanitarias y estas en Áreas Programa. Cada Zona Sanitaria articula el funcionamiento de sus recursos y en cada Área Programa hay hospitales o centros de salud responsables del brindar los servicios de salud. En este momento, el sistema público está integrado por seis Zonas Sanitarias, además del Hospital Provincial Neuquén, que, al depender directamente de la Subsecretaría de Salud, tiene el rango de una Zona Sanitaria más. En cada Zona Sanitaria, hay un hospital cabecera zonal, de mediana complejidad con el cual se vinculan a través de interconsultas y derivaciones, otros hospitales de baja complejidad ubicados en las localidades vecinas. Existe un hospital que, por su ubicación geográfica (en la confluencia de las rutas que se dirigen hacia la capital provincial) progresivamente va tomando características de Hospital de referencia interzonal para las Zonas Sanitarias III y IV, que es el Hospital Zapala, y un Hospital de referencia provincial (máxima complejidad del sistema), que es el Hospital Dr. Castro Rendón, en la ciudad de Neuquén capital.

Estos resultados fueron posibles, desde nuestro punto de vista, con escasa o nula participación comunitaria y rasgos paternalistas, porque hubo una firme decisión política de propiciar un Estado presente y equipos de salud consecuentes con el objetivo de mejorar la salud colectiva. Eso llevó a que al mismo tiempo que se implementaron acciones en el ámbito de lo sanitario se intervino en otras dimensiones que hacen a la determinación social de la salud, fundamentalmente aquellas relacionadas con el nivel de empleo y los ingresos familiares, el acceso a la educación, la vivienda, tanto en el ámbito urbano como rural y otros servicios esenciales (Manoukian & Iusef Venturini, 2021).

3.2 Los trabajadores de salud de Neuquén

Adhiriendo a autores de distintas vertientes ideológicas, sostenemos que el componente central y esencial de todo sistema de salud, está constituido por los trabajadores de salud.

Ramón Carrillo, considerado el “fundador del sanitarismo nacional”, observó apenas asumió su función como Secretario de Salud Pública, las inconsistencias que mostraba el sistema administrativo entonces vigente. En un contexto en el cual las conducciones de hospitales y sus administraciones eran confiadas a “punteros de comités”, los presupuestos eran asignados sin sentido de racionalidad (Alzugaray, 1988), con el agravante de carecer de flexibilidad para adecuar el presupuesto. Eso generaba, al decir de Alzugaray al referirse a la gestión inicial de Carrillo al frente de la Secretaría de Salud, “aberraciones administrativas”. Entre ellas, que ante las carencias de personal, se contrataban empleados y se les abonaba en mercaderías de almacén aprovechando las abultadas asignaciones para gastos de sostenimiento de los hospitales. Había hacia 1946 en muchos hospitales, ex - pacientes que continuaban residiendo en los hospitales desempeñando distintas funciones. Algunos llegaban inclusive a asumir tareas de enfermería gracias a los conocimientos adquiridos empíricamente. Carrillo admite, promediando su gestión, que al ritmo vertiginoso con que se creó el Ministerio de Salud Pública, el proceso de selección de personal fue sumario y se ajustó a normas muy elásticas. Sin embargo, al momento de redactar el “Plan sintético de salud pública 1952-1958” plantea que si “en una organización cualquiera, su rendimiento depende de la calidad del personal ... en Salud Pública este problema ocupa un primer plano” (Carrillo, 1975b). Por esa razón, a la cuestión de la selección, calificación y formación del personal se le destina un capítulo específico del plan.

Henry Mintzberg plantea que los hospitales generales son, desde el punto de vista de la organización, una *burocracia profesional*, como los sistemas escolares o las firmas de producción artesanal, entre otras. Estas burocracias se caracterizan por confiar la coordinación de la organización en la estandarización de destrezas y su parámetro de diseño asociado, capacitación y enseñanza. Las burocracias profesionales contratan especialistas debidamente capacitados para el núcleo operativo otorgándole considerable control sobre su propio trabajo Mientras que las *burocracias mecánicas* confían en la autoridad de naturaleza jerárquica —el poder del cargo—, las profesionales enfatizan la autoridad de naturaleza profesional —el poder del experto—. En todo caso, ese núcleo operativo, constituido por

personas con cierto grado de autonomía, resultan esenciales para organizaciones de este tipo (Mintzberg, 2000).

Cuando Gastão Wagner de Souza Campos sostiene que “uno de los secretos para asegurar calidad en salud estaría en una adecuada combinación de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores” (Campos, 2001) vuelve a poner en el centro de la escena sanitaria a las personas que llevan adelante la tarea en salud. La preocupación por encontrar una ecuación efectiva que combine libertad con control, confirma la idea de los trabajadores de salud como *materia prima* indispensable para el proceso de atención.

La centralidad que ocupan los trabajadores en un sistema de salud fue interpretada tempranamente por los responsables de vertebrar el sistema público de salud en Neuquén. La inversión en recursos humanos, tanto en incorporación como en su formación y entrenamiento, se constituyó en una de sus principales líneas de acción.

Tabla N° 1
Composición de la planta de personal de la Subsecretaría de Salud de Neuquén, por agrupamientos, en 1971 y 2019 con el porcentaje de incremento de cada agrupamiento entre ambos momentos

Año		Operativo	Asistente de Salud	Administrativo	Técnico	Profesional	TOTAL
1971	N°	215	293	108	87	168	871
	%	24,68	33,64	12,40	9,99	19,29	100,00
Incremento %		236,74	482,59	1.256,48	2.257,47	1.885,71	965,79
2019	N°	724	1.707	1.465	2.051	3.336	9.283
	%	7,80	18,39	15,78	22,09	35,94	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de informes producidos por el equipo técnico de la Subsecretaría de Salud de Neuquén en enero de 1972 y en junio de 2020.

En la Tabla N° 1 se muestra la composición de la planta de personal hacia fines de 1971, tomando ese año como el primero de aplicación efectiva del “plan de salud”, y la actual. Puede observarse un incremento total del orden del 965,79% en 47 años, aunque el incremento proporcional de los distintos agrupamientos no ha sido parejo, destacándose especialmente el aumento de los agrupamientos técnico y profesional. Para mayor ilustración se agrega como **Anexo 1** el listado de los puestos de trabajo incluidos en cada agrupamiento de acuerdo al convenio colectivo de trabajo (CCT) vigente desde el 1° de abril de 2018 (ver anexo I de la Ley Prov. N° 3118).

El crecimiento de la planta de personal de salud pública acompañó, no sin ciertas fluctuaciones, la evolución demográfica de la provincia, tendiendo a incrementar la relación trabajadores de salud por cada 100 habitantes, hasta 2010 (Tabla N° 2). En efecto, obsérvese que la citada relación va en aumento hasta 2001 y se verifica un incremento significativo entre ese año y 2010. Ese salto coincide con la inauguración de los nuevos hospitales de Cutral Có, Centenario, Junín de los Andes, Plottier y Villa La Angostura.

Luego, si bien la relación se retrae, sostiene una tendencia histórica creciente. Actualmente, Neuquén cuenta en el sector público, con un trabajador de salud cada 71 habitantes.

Tabla N° 2
Evolución de la población neuquina y de la planta de trabajadores de salud del sector público en Neuquén, años 1970, 1980, 1991, 2001, 2010 y 2019.

Año	N° de habitantes	Total trabajadores de Salud Pública	Trabajadores de salud/100 hab.	Fuentes consultadas
1970	154.570	871	0,56	Población: INDEC censo 1970. Trabajadores de salud: Evaluación de actividades, año 1971. Subsecretaría de salud, Ministerio de Bienestar Social.
1980	243.850	1.885	0,77	Población: Evaluación años 1989 - 1990 -1991. Estadísticas vitales y recursos. Dirección General de Información y Planificación , Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social. Trabajadores de salud: Subsecretaría de Salud, Ministerio de Bienestar Social, 1982.
1991	388.934	3.590	0,92	
2001	474.155	4.317	0,91	Población: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Trabajadores de salud: Información estadística del año 2000. Área de Información, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Desarrollo Social y para 2010 Sala de Situación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social
2010	551.266	8.952	1,62	
2019	655.501	9.283	1,42	Población. INDEC, proyecciones elaboradas en base al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Trabajadores de salud al 31 de diciembre de 2019: equipo técnico de la Subsecretaría de Salud de Neuquén en junio de 2020.

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes mencionadas en la tabla.

3.2.1 Relaciones laborales en el sistema público de salud de Neuquén

A partir del 1° de mayo de 1958, Neuquén tuvo su primer gobernador electo surgido de una contienda democrática. El primer gobernador de Neuquén fue Angel Edelman, quien representando a la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI), asumió el cargo debiendo renunciar por razones de salud en marzo de 1961. En uno de los últimos actos del gobierno de facto anterior, el representante en Neuquén de la Revolución Libertadora, Ricardo Hermelo, firmó el *Estatuto del personal civil de la administración pública de la provincia del Neuquén* (Prov. de Neuquén, 1958) que comenzó a regir a partir del 1° de marzo de 1958. Esta cita resulta relevante, porque fue una norma surgida en el marco de un gobierno dictatorial, la que rigió, las relaciones laborales en Neuquén hasta la actualidad.

Esa norma establece los deberes y derechos de los trabajadores de toda la administración pública, incluyendo al sector salud. Al no considerar las peculiaridades de sectores específicos como el sanitario, un tema de debate con el retorno de la democracia a partir de 1983, fue la creación de una la “ley de carrera sanitaria”. Neuquén era una provincia que destacaba en el escenario nacional por su sistema de salud y se consideraba que debía contar con una ley que estableciera el discurrir de los trabajadores de salud a lo largo de su vida laboral. Se proponía una norma legal, que reconociendo las peculiaridades, complejas y a la vez propias de un ámbito donde conviven distintas lógicas de pensamiento y acción, contara con una ley que al tiempo de regular las relaciones laborales, resultara funcional al objetivo de fortalecer el sistema público de salud.

El gobierno provincial, conducido por el mismo partido político desde 1983, bloqueó distintos intentos en ese sentido durante la década de 1980 y recién en 2008 asumió la iniciativa de avanzar en este tema, sin concretar resultados (Diario La Mañana Neuquén, 2008).

Supliendo parcialmente ese vacío legal, en 1998, se aprobó la Ley Prov. N° 2265, de remuneraciones, que en el artículo 7° refiere a cuestiones propias del sector público de salud. En efecto, ese artículo agrupa en siete puntos, condiciones y formas de remunerar: el tiempo de dedicación a la función (tiempo pleno, dedicación exclusiva, horario reducido, prolongación de jornada, actividad sanitaria); las guardias profesionales, técnicas y auxiliares; las responsabilidades por cargos de conducción; adicionales por actividad crítica asistencial; residencias médicas; riesgo por insalubridad y bonificación para técnicos y auxiliares radiólogos (Legislatura de la Provincia del Neuquén, 1998).

Esa ley fue modificada parcialmente en 2011, aprobándose la Ley Prov. N° 2783. Esta última norma legal estableció cuatro agrupamientos de trabajadores de salud (profesionales, técnicos, auxiliares técnico/administrativo y operativos) y estableció pautas de exigencias y pagos a distintas actividades y modalidad de trabajo en el sector, con mayor detalle que la ley anterior, normando aspectos que habían sido ignorados (ver en **anexo 2**).

Algunos de los cambios que impuso esa ley fueron bienvenidos por algunos sectores, mientras otros se sintieron excluidos, aunque concretamente no se avanzó en el diseño de una norma que reemplazara al decreto que regían las relaciones laborales entre Estado y trabajadores públicos de salud.

Otros sectores de la administración pública provincial avanzaron después del año 2000 en el diseño, y posterior aprobación, de Convenios Colectivos de Trabajo (CCT), constituyéndose en ejemplo para los demás, el aprobado para la empresa pública de energía provincial (EPEN).

Uno de los fenómenos socio-laborales más importantes que se viene materializando en el mundo del trabajo público es el abandono del modelo estatutario y su reemplazo por la laboralización de la función pública, es decir, la sustitución de una relación unilateral del Estado hacia sus trabajadores por una relación bilateral, donde el reconocimiento del derecho de negociación colectiva en el servicio público es uno de los pilares para introducir la democracia laboral (Canessa Montejó, M, 2019).

La negociación colectiva es parte del trípode en el que se sostiene el derecho colectivo del trabajo. Mario de la Cueva sostiene que está indisolublemente ligada con el derecho de huelga y el de asociación sindical, de tal manera que no se puede prescindir de ninguno de ellos sin vulnerar el núcleo esencial de valores consagrados en la Declaración de la OIT relacionada con principios y derechos fundamentales en el trabajo (De la Cueva, 2008). El derecho a la negociación colectiva integra el conjunto de derechos humanos en el ámbito laboral, y como tal, es reconocido por las normas internacionales y constitucionales, constituyendo una pieza básica de llamado “bloque de constitucionalidad” por lo cual los convenios colectivos de trabajo se ubican en la cima del ordenamiento jurídico nacional (Barretto, 2019).

En abril de 2018 la Asociación Trabajadores del Estado (ATE) y la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN), los dos gremios con reconocimiento habilitante para discutir un convenio colectivo, acordaron con el gobierno provincial el texto de un CCT para el sector salud, el cual, luego de su aprobación en la Legislatura Provincial (Ley Prov. N° 3118), entró en vigencia a partir del 1° de abril de 2018 (ver texto completo de la ley en **anexo 1**). Cabe destacar que mediante el artículo 4° se derogan los artículos 1°, 2°, 3° y 4° de la Ley Prov. N° 2783, y que de acuerdo al artículo 7° se establece que “dado el carácter específico de aplicación en el ámbito del SPPS (sistema público provincial de salud), para los casos no previstos en la presente convención, será de aplicación el EPCAPP, sus modificatorias o la norma equivalente que la reemplace en el futuro...” (Legislatura de la Provincia del Neuquén, 2018).

Con respecto a las condiciones laborales y los derechos de los trabajadores, cuya defensa y protección podrían actuar preventivamente para evitar el desgaste prematuro de la fuerza laboral, en la nueva norma destaca:

- Licencia profiláctica (cinco días hábiles por años fuera de cualquier otra licencia)
- Equiparación de hombres y mujeres para gozar de licencia por razones particulares (12 días hábiles por año).
- Pago extra de vacaciones

- Pago extra por jubilación (hasta cuatro sueldos para la máxima antigüedad)

Sin embargo, tratándose de un CCT específico para el sector salud, ahondó poco en cuestiones propias del sector, como, por ejemplo, la duración de las guardias activas, la edad máxima para cumplir con guardias activas y pasivas, los horarios nocturnos o la jubilación anticipada para agentes que desarrollan actividades de riesgo, entre varios aspectos que potencialmente pueden impactar en la salud de los trabajadores del sector.

El texto de este CCT ha merecido críticas desde distintos sectores y el debate entorno de la aprobación de la ley 3118 tomó estado público, generando una intensa discusión en el ámbito legislativo (Manoukian, 2018). Algunas de las aristas de este CCT, oportunamente cuestionadas, fueron:

- Tratamiento del régimen laboral de dedicación exclusiva y creación de una nueva bonificación propuesta denominada “rendimiento óptimo” que debilitaba uno de los pilares históricos del sistema público de salud de Neuquén,
- Incentivo económico de las guardias activas, advirtiendo que contribuiría a seguir profundizando una tendencia negativa en el perfil del modelo de atención orientando la asistencia a la consulta por guardia en detrimento de acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad,
- Cargos de conducción hospitalaria como designaciones políticas, con el riesgo cierto de relegar excelencia técnica en favor de posible contaminación político partidaria en el seno de los hospitales,
- No se contemplaron aspectos específicos de las relaciones laborales y formas de trabajo del sector, perdiéndose la oportunidad de consignarlas en una norma legal que fortaleciera el sistema público de salud (edad máxima para exigirse el cumplimiento de guardia activas, aspectos relacionados con los regímenes de concursos para ingresos y promoción del personal, modelos de contratación, residencia en ciencias de la salud, etc.).

Empero, el mismo convenio instaura un ámbito permanente de interpretación, debate, discusión y generador de recomendaciones. En efecto, la Comisión de Interpretación y Autocomposición Paritaria (CIAP) puede constituirse en una suerte de paritaria sostenida con representación gubernamental y de la fuerza laboral, representada proporcionalmente por los gremios con reconocimiento para actuar en la provincia de Neuquén.

3.3 Legislación sobre jubilaciones y pensiones en Neuquén

En este apartado se sintetiza el andamiaje jurídico vigente relacionado con el tema que es objeto de estudio. Se mencionan las más importantes, aunque hay otras leyes vinculadas con el régimen jubilatorio de sectores específicos de la administración pública que no se consideró pertinente mencionar aquí. Se presenta al final de este apartado el circuito que debe cumplir aquel agente que considera que su situación de salud amerita su retiro anticipado por invalidez.

3.3.1 Ley provincial N° 611

La Provincia de Neuquén aprobó en julio en 1970 la ley de creación del Instituto de Seguridad Social del Neuquén, que integró la Caja de Previsión Social de la Provincia, creada por Ley 178 y la Caja Obra Médico Asistencial de la Administración, creada por Ley 42 (art. 1°). Integrado por dos direcciones, la de prestaciones de jubilaciones y pensiones y la de prestaciones de salud y asistenciales (art. 2°). En consecuencia, conviven en el mismo organismo dos funciones esenciales para la seguridad social de los empleados públicos provinciales.

Las jubilaciones a las que se refiere este trabajo, están contempladas en los artículos 34° (jubilaciones ordinarias de los empleados públicos en general), 35° (jubilaciones ordinarias trabajadores de la educación), artículo 36° referido a la compensación por exceso de edad con la falta de años de servicio acreditados y el artículo 37° que refiere a la jubilación por edad avanzada.

Lo atinente a las jubilaciones por invalidez está normado en los artículos 39° al 43°. Se estipula que “tendrán derecho a la jubilación por invalidez, cualesquiera fueren su edad y antigüedad en el servicio, los afiliados que se incapaciten física o intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales, siempre que la incapacidad se hubiera producido durante la relación de trabajo, salvo los supuestos previstos en el párrafo segundo y tercero del artículo 50”, estableciendo que la invalidez que produzca en la capacidad laborativa una disminución del sesenta y seis por ciento (66%) o más, se considera total”.

La norma legal establece criterios a tener en cuenta en caso de invalidez transitoria o de situaciones de salud pasibles de tratamiento curativo o de rehabilitación y establece en el artículo 41° que “la apreciación de la invalidez se efectuará por los organismos, y mediante

los procedimientos que establezca el Instituto, que aseguren uniformidad en los criterios estimativos y las garantías necesarias en salvaguarda de los derechos de los afiliados”.

El beneficio de jubilación por invalidez será definitivo cuando el titular tuviere cincuenta 50 o más años de edad y hubiere percibido la prestación por lo menor durante diez años.

La Ley provincial 611 tuvo a lo largo de la historia de la provincia diferentes modificaciones que se incluyen en el texto ordenado que se agrega en el **anexo 3** (Poder Judicial de Neuquén, 2019).

3.3.5 Resolución ISSN 261/95

Es la norma legal que regula los procedimientos administrativos para la realización de trámites jubilatorios. El artículo 15° establece los criterios requeridos para acceder a la jubilación por invalidez prevista en el artículo 39° de la ley 611 (t.o. 1982).

3.3.2 Resolución N° 363/81

Mediante esta resolución se ratificó un convenio de reciprocidad celebrado entre los directores nacionales de las Cajas Nacionales de Previsión de la Industria, Comercio y Actividades Civiles, Comercio y Actividades Civiles, para el Personal del Estado y Servicios Públicos y para Trabajadores Autónomos con representantes de cajas nacionales de previsión y seguridad social de distintas provincias, firmado en diciembre de 1980. Este sistema de reciprocidad jubilatoria permite computar recíprocamente dentro de su órbita de aplicación y al solo efecto de la determinación de antigüedad, los servicios no simultáneos reconocidos por cada una de ellas, a fin de acceder sus afiliados y derechohabientes a los beneficios de jubilación ordinaria e invalidez o su equivalente, o pensión derivada de las mismas (Secretaría de Seguridad Social (SSS), 1981).

3.3.3 Ley provincial N° 2025

Esta norma legal aprobada en agosto de 1993, establece las condiciones para acogerse a regímenes de jubilación de excepción. Se genera en el contexto de un proceso de reforma del estado con la intención manifiesta de aportar a superar una situación de emergencia económica reduciendo la planta de personal del sector público, estableciendo regímenes de excepción que incluyen retiros voluntarios (art 1°).

La ley establece quienes pueden acogerse a ese beneficio y quienes están excluidos del mismo. Resulta pertinente la mención de esta norma legal debido a que el capítulo II refiere a la jubilación anticipada y los artículos 3°, 4° y 5° contemplan a trabajadores de salud que

desempeñaban funciones en la administración pública provincial. En particular el artículo 4° dispone que en los términos que fije la reglamentación, la administración podrá disponer que sean alcanzados por este régimen aquellos agentes que, por determinación de Junta Médica, se encuentren prestando servicios con cambios de funciones y/o realizando tareas pasivas y/o bajo el concepto de adecuación de tareas o similar situación, como consecuencia de incapacidad para prestar la función específica para la cual estaban asignados (Poder Judicial de Neuquén, 1993).

3.3.4 Baremo Decreto 478/98

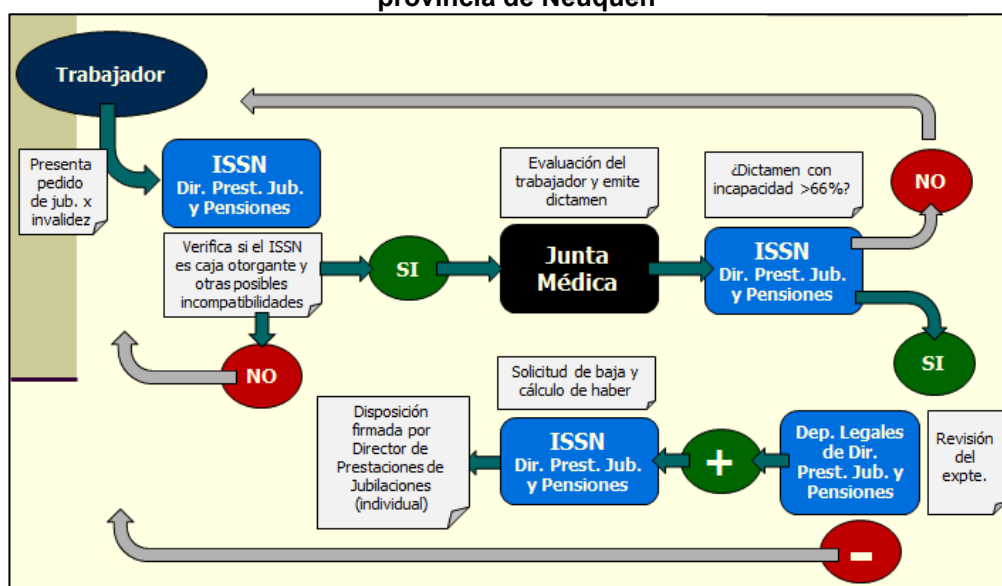
Mediante el citado decreto se sustituyó el Anexo I del Decreto N° 1290 de 1994, que contenía las normas para evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Baremo). El art. 2° establece que se adopta esta normativa que será de aplicación para las solicitudes de invalidez que se presenten a partir de la fecha de promulgación. El objetivo de esta norma es establecer una metodología de evaluación del deterioro psicofísico, con criterio uniforme, que permita determinar el grado de incapacidad laborativa que éste ocasiona. Las juntas médicas convocadas a efectos de evaluar a los trabajadores que solicitan acogerse a jubilación por invalidez, utilizan esta norma legal como parámetro para establecer los porcentajes de incapacidad que en cada caso corresponden.

3.3.6 Circuito para aprobación de jubilación por invalidez

El algoritmo que conduce al otorgamiento de una jubilación por invalidez se muestra en la Figura N° 1. El circuito se inicia por iniciativa del trabajador, quien presenta la solicitud de acogerse al régimen jubilatorio por esta causa, ante la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN). Una vez verificado que el ISSN es la eventual caja otorgante del beneficio, y descartadas otras incompatibilidades, la solicitud es girada al Departamento de Juntas Médicas para que el trabajador sea evaluado. La Junta Médica emite un dictamen con el porcentaje de incapacidad determinado. Si ese porcentaje es del 66% o superior, el expediente es derivado nuevamente a la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones para completar trámites que incluyen la revisión por parte del Departamento de asuntos legales, la solicitud de baja del agente y el cálculo de los haberes que correspondieren, para finalmente redactar la norma legal pertinente.

Si en cambio, la Junta Médica dictaminara que el porcentaje de invalidez es inferior al 66%, se le informa al solicitante quien puede apelar esa decisión, reiniciando el circuito aportando más información si se considerara pertinente, a fin de mejorar la evaluación del caso.

Figura N° 1
Algoritmo para otorgamiento de jubilación por invalidez de empleados públicos en la provincia de Neuquén



Fuente: Elaboración propia a partir de la información suministrada por el Director de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del ISSN en abril de 2019.

3.4 Morbi-mortalidad relacionada con el trabajo en salud

No se dispone en Neuquén de estudios que den cuenta de este tema en el ámbito público, motivo por el cual para esta caracterización se apeló a las opiniones vertidas por referentes de Salud Laboral del SPPS en las entrevistas semi-estructuradas realizadas. En dichas entrevistas se indagó sobre los principales motivos de ausentismo por enfermedad de corta y larga duración del personal de salud de acuerdo al agrupamiento en el que revisten (profesionales, técnicos, auxiliares de salud, administrativos y personal operativo).

Respecto de las ausencias por enfermedad de corta duración, que se definen como aquellas que generan licencias de hasta 45 (cuarenta y cinco) días corridos por año calendario, en forma continua o discontinua con percepción de haberes (art. 58° a) del CCT), los médicos laborales consultados coinciden en mencionar que no hay registros estadísticos detallados y que no son causa de derivación al servicio de medicina laboral. Apuntan, sin

embargo, que de acuerdo a lo observado en el campo, las causas de este tipo de licencias se concentran en las siguientes:

1. Enfermedades infecciosas estacionales, especialmente las respiratorias (resfrío común, gripe) y digestivas, como gastroenteritis y también gastritis y cólicos biliares.
2. Problemas traumatológicos menores. Entre ellos lumbalgias, contracturas cervicales o traumatismos menores.
3. Trastornos de salud mental (depresión, angustia, ansiedad).

Los profesionales entrevistados no registran diferencias significativas en las causas de este tipo de licencias entre los distintos agrupamientos del escalafón.

Para los problemas de salud de larga duración el CCT establece en el artículo 58° b) que se concederán hasta dos años de licencia, en forma continua o discontinua para una misma afección, pudiendo extenderse un año más con percepción íntegra de haberes, “en caso de que el trabajador sufra graves padecimientos que imposibiliten retornar a sus labores, lo cual deberá ser determinado por la junta médica” (Legislatura de la Provincia del Neuquén, 2018).

Los médicos laborales consultados coinciden en que para todos los agrupamientos los trastornos de salud mental ocupan el primer lugar como causa de enfermedad de larga duración, ocupando la segunda posición los relacionados con dolencias de tipo traumatológicas, especialmente en los agrupamientos no profesionales.

Respecto de estas últimas causas (traumatológicas), merece especial atención la desagregación de las mismas ya que algunas de ellas podrían estar directamente relacionadas con las tareas que cumplen los agentes como es el caso de lesiones del manguito rotador del hombro en personal operativo, lesiones de rodilla en auxiliares de salud y hernias de disco y cervicales en técnicos. En los agrupamientos profesionales y técnicos los médicos consultados mencionan a las enfermedades cardiovasculares severas (infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca) y oncológicas como causales destacadas luego de las mencionadas antes.

No hay registros que den cuenta de las causas de mortalidad de trabajadores de salud en el transcurso de su vida laboral, es decir antes de cumplir la edad establecida para su retiro.

4. MARCO TEÓRICO

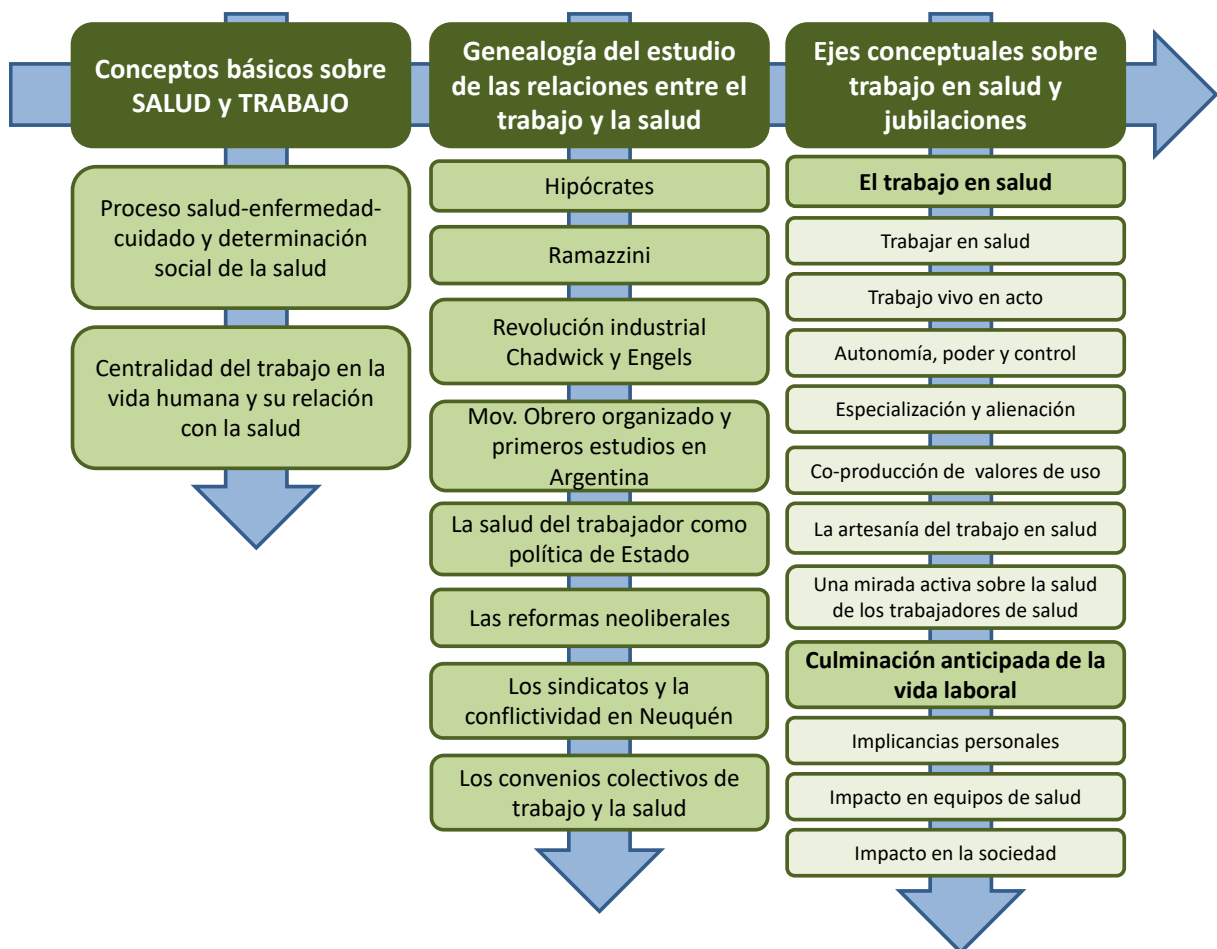
Este estudio gira en torno de dos conceptos centrales, salud y trabajo, la relación entre ambos en general, y la salud del trabajador de salud en particular.

Por esa razón consideramos relevante plantear el marco conceptual desde el que partimos para abordar el análisis del tema objeto de la investigación, en tres secciones: encuadre conceptual del proceso salud-enfermedad-cuidado y la importancia del trabajo para las personas; la genealogía del estudio de las relaciones del trabajo y la salud, y finalmente las peculiaridades de trabajar en salud.

Este conjunto será una referencia a la hora de discutir los resultados obtenidos de la investigación objeto de este trabajo.

El mapa conceptual que se expone resume el marco teórico que sustenta el presente estudio.

Figura N° 2
Mapa conceptual con el desarrollo del marco teórico



Fuente: elaboración propia

4.1 Conceptos básicos sobre salud y trabajo

4.1.1 Proceso salud-enfermedad-cuidado y la determinación social de la salud

Rudolf Virchow fue elegido por el gobierno de Prusia para estudiar la terrible epidemia de tifus que azotaba la provincia de Silesia, Polonia, en el invierno de 1847-1848, cuyos resultados son clásicos en la historia de la salud pública.

Las recomendaciones de dicho informe se dirigieron a proponer que medio millón de paupérrimos de la Silesia Alta, tuvieran "completa e ilimitada democracia, educación, libertad y prosperidad". En términos prácticos lo que Virchow recomendaba era lo que la promoción de la salud (PS) reconoce hoy como prerequisites para ser saludables, esto es: que la gente oprimida de Silesia tuviera derecho a comunicarse en su propia lengua polaca, tener un gobierno autónomo elegido por ellos, además de la separación iglesia-Estado, que los impuestos se trasladaran de los pobres a los ricos, que se mejorara la agricultura y las vías de acceso, y que se crearan asociaciones (cooperativas). En suma, Virchow sugería, a mediados del siglo XIX, que se "empoderaran" esos grupos de excluidos, para usar los términos de hoy.

"La importancia de ese trabajo radicó en que Virchow se atrevió a declarar abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre" (Manoukian & Iusef Venturini, 2021).

Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, participó en un movimiento de reforma de la Medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el "amor por el dinero". Fundó un periódico llamado "Reforma Medica" en el que se debatían los temas vinculados con esa reforma de la medicina, y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos. Su movimiento fracasó y tuvo que retirarse de la política y volver amargado a la vida académica. Henry Sigerist, quizás uno de los principales exponentes de la Medicina Social de la primera mitad del siglo XX, hace una anotación muy interesante sobre las razones del fracaso del movimiento de Virchow y de otros de sus seguidores en Alemania; dice que se debió al hecho de ser un movimiento proyectado desde los médicos para la gente, pero sin la gente como su protagonista más importante (Restrepo, H & Malaga, H, 2001).

Para Henry Sigerist: "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento

y descanso". La salud de un pueblo, decía Sigerist, no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la promoción de la salud. Si bien Henry Sigerist como médico social fue quizás poco escuchado en su época, sus ideas fueron rescatadas para acuñar la definición ya clásica de salud de la OMS. Pareciera que la conocida definición de salud de la OMS es tan abarcativa que poco podría agregarse: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁵.

Efectivamente, hacia mediados del siglo XX incorporar las dimensiones de lo mental y lo social al concepto de salud era claramente un avance, también referir que salud no era solo ausencia de enfermedad. Sin embargo, la definición impresiona como un punto de llegada, de alguna manera como un objetivo de máxima y final, y hasta cierto punto de vista, algo esquemático y rígido.

Ramón Carrillo, quizás el más relevante exponente nacional de la corriente de pensamiento de la medicina social, amplía la perspectiva respecto del concepto de salud, y hacia mediados del siglo XX afirmaba:

"La salud, repito, no constituye un fin en sí mismo, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva, y si la salud es una prestación más del trabajador" (Carrillo, 1974).

La Salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, emocionales, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad en un lugar y momento histórico determinado, o sea, es el resultado de las interrelaciones que el hombre establece con el ambiente social y natural en el que vive y con él mismo.

La Salud no es sólo producto de condicionantes genético-biológicas-emocionales sino, también, resultado de las relaciones sociales predominantes, motivo por el cual está directamente determinada por el proceso histórico en el cual se enmarca siendo sólo una de sus manifestaciones (Dever, 1991).

⁵ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

La situación de Salud de un Pueblo no es más que una de las maneras a través de las cuales se expresan procesos más generales que lo caracterizan. Por lo tanto la salud está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas y de trabajo, de sus relaciones sociales, por el modelo económico y la forma en que este se inserta y se articula con en el sistema económico nacional e internacional, por la particular organización del Estado y de sus relaciones políticas en un momento particular de su historia (O.P.S., 1995).

También los conceptos sanitarios deben ser revisados a la luz de esa evolución para dar lugar a las actualizaciones necesarias. La década 1990, por ejemplo, fue escenario de los estragos que se producían sobre la salud de amplios sectores poblacionales, con especial impacto negativo en los pueblos originarios, los migrantes y en fin, los excluidos por un modelo pensado para pocos (clase-etnia-género). Se intensificaron las denuncias de los problemas derivados de desigualdades sociales y en salud, que se expresaban en brechas que se ampliaban entre distintas zonas de un mismo país y también entre las naciones de la región, pero fue recién entrado el presente siglo en que las voces de denuncia empiezan a ser escuchadas en organismos internacionales.

Eso dio lugar a la conformación de una iniciativa de la OMS, creándose la “Comisión de Determinantes Sociales de Salud” (CDSS). El modelo que asume desde 2005 la OMS contribuyó a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis. Sin embargo fue una mirada que siguió atada a lo que Jaime Breilh llama *neocausalismo* donde los “determinantes sociales” son asumidos como factores externamente conectados, con lo cual las intervenciones resultan dirigidas a actuar solo sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales, que provocan la desigualdad (Breilh, 2011).

El pensamiento que inspira a la Medicina Social latinoamericana ha expresado con contundencia que la determinación social de la salud es mucho más que una suma de determinantes sociales de la salud. Esa determinación social se gesta en particulares trayectos históricos que vertebran lógicas de acumulación y propiedad que generan desigualdad, generando el telón de fondo desde el cual emergen determinantes sociales, pero cuyo abordaje en forma aislada, no es esperable que produzcan los necesarios cambios del sistema mismo.

Una mirada que intenta abrir el foco respecto de la clásica definición de la OMS nos lleva a proponer el concepto de Salud como “buen vivir o vivir bien”. Esta idea, que encuentra sus raíces en la cultura de los pueblos andinos originarios, sostiene que la salud no es un estado de bienestar porque no es estático sino dinámico, y no es un punto de llegada sino una construcción persistente en pos del equilibrio. Si estar sano es, como se le atribuye a

Sigmund Freund, *lieben und arbeiten* (amar y trabajar) justamente el “buen vivir” apunta a asociar la salud a la búsqueda activa para mantenerse sano, libre, responsable y feliz, antes que a la recuperación del bien perdido (Pallarés-Mollins, 2012).

Esta idea en consecuencia tiene implicancias directas en la planificación de acciones sanitarias y especialmente en la priorización de cada una de las líneas de trabajo propuestas para ser desarrolladas en el campo de la salud. Pero también, siguiendo los preceptos inspirados en la cosmovisión de salud de los pueblos andinos, el “buen vivir” se expresa al desplegar posibilidades de desarrollo con inclusión, en el acceso al trabajo, a la tierra, a la vivienda digna, y al cuidado y relación armónica con el ambiente, entre otros aspectos, con lo cual deviene en un objetivo que largamente excede el ámbito sanitario. También repercute en la asunción de responsabilidades indelegables de los trabajadores de salud, en tanto concentrar el esfuerzo de ser pertinente al lugar que ocupamos, esto es sencillamente, hacer bien lo que nos corresponde hacer, y entre estas funciones las acciones de promoción y prevención de la salud son de una importancia capital. Pero tal como advertía Sigerist al analizar el devenir de Virchow, esas acciones y esa mirada resultará seguramente más efectiva, en la medida que se abran espacios contruidos a partir de miradas compartidas. Es decir, se faciliten mecanismos de participación comunitaria genuina, no solamente para opinar sobre las propuestas que surgen del sistema de salud formal, sino además para ser protagonistas de su diseño.

Asumir a la salud como componente de las políticas sociales implica necesariamente tener claro el sustento ideológico que resulta imprescindible respaldo de toda política social. La defensa de ese ideario requiere compromiso militante, por lo que cada trabajador de salud debe ser además de un recurso técnico calificado, un actor político que expresa el compromiso social y que se actúa en forma cotidiana en cada puesto, mediante el ejercicio de la empatía y la solidaridad.

Además, el concepto encierra el compromiso de trabajo intersectorial, esto es sencillamente trabajar con otros, sean parte de organismos públicos (escuela, municipio, etc.) o grupos o espacios comunitarios (grupos de familiares de pacientes, vecinos auto-convocados por distintos temas, cooperadoras, etc.) y desde esa mirada abrir canales efectivos para la participación popular efectiva en salud.

Finalmente es dable apuntar que, en tanto derecho humano esencial, resulta deseable que la salud sea asumida como política de Estado. Esto quiere decir que se pretenden algunas definiciones perdurables más allá de los cambios de gobierno. No es posible pensar en un sistema sanitario sin pensar en un modelo de país que lo determina, por lo tanto, el diseño y la implementación del plan local de salud debe acompañar los cambios políticos de

transformación más generales y evitar tanto estar detrás, resultando un obstáculo, ni tan adelante, deviniendo en propuestas inviables y frustrantes.

“Salud-enfermedad-cuidado desde nuestra concepción es un concepto construido colectiva y socialmente, porque salud no es equilibrio ni estabilidad, debe necesariamente ser conflicto y tensión, búsqueda y lucha de un pueblo por alcanzar niveles superiores de bienestar integral” (Manoukian, 2003).

4.1.2 Centralidad del trabajo en la vida humana y su relación con la salud

“El trabajo debe ser concebido como la energía vital que el hombre debe poner a su servicio para crear los elementos que requiere su existencia, su bienestar y su libertad”.
Floreal Ferrara

4.1.2.1 Definición preliminar del trabajo

El trabajo ha tenido distintos significados a lo largo de la historia de la humanidad, fluctuando entre dimensiones muchas veces contradictorias. En efecto, a lo largo de historia de la humanidad la consideración sobre el trabajo no ha sido unívoca. Desde el vocablo en latín que le da origen, *tripalium*, que era una herramienta parecida a un cepo con tres puntas que se usaba inicialmente para sujetar caballos o bueyes para herrarlos, pero también se usaba como instrumento de tortura para castigar esclavos, hasta la concepción tomista considerando al trabajo como un acto moral digno de honra y respeto, es posible verificar que el vínculo de las personas con esta actividad, no siempre se vivió de la misma manera (Neffa, 2003).

Entre algunas de las definiciones modernas de trabajo puede mencionarse aquella que lo describe como el “conjunto de actividades humanas coordinadas con vistas a producir o contribuir a producir lo que es útil”, o aquella que lo señala como el “estado, situación de una persona que actúa para obtener tal resultado”. El diccionario de la Real Academia Española menciona como una de las acepciones del término, “esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a *capital*”.

Asumiremos como definición preliminar la propuesta por Neffa, cuando referencia al trabajo como:

“Conjunto coherente de operaciones humanas que se llevan a cabo sobre la materia o sobre bienes inmateriales como la información, con el apoyo de herramientas y diversos medios de

trabajo, utilizando técnicas que se orientan a producir los medios materiales y servicios necesarios a la existencia humana” (Neffa, 2003, p.12).

Empero, siguiendo a Marie-Noëlle Chamoux, rescatamos la idea de que la categoría trabajo “no se transpone fácil e inmediatamente a todas las sociedades humanas”. Por lo tanto, cabe preguntarse si se trata de una categoría de uso universal, o es una noción etnocéntrica. Esta duda, plantea Chamoux, “nos permite renovar la iluminación de ciertas cuestiones, como la sanción, la mejora de las actividades, el papel del trabajo en el estatus social” (Chamoux, 1994).

En este sentido, queda claro que el mismo concepto encierra pares contradictorios que sin embargo son aristas constitutivas del mismo, tal como lo expresa Ricardo Antunes.

“Esa dimensión dual y aun contradictoria, presente en el mundo del trabajo, que crea, pero que también subordina, humaniza y degrada, libera y esclaviza, emancipa y aliena, mantiene al trabajo humano como cuestión nodal en nuestras vidas. Y en este disturbado umbral del siglo XXI, un desafío crucial es dar sentido al trabajo, volviendo también la vida fuera del trabajo dotada de sentido” (Antunes, 2007).

Vale finalmente, y como enlace al punto que sigue, rescatar la idea de Maurice Godelier citada por Chamoux, cuando apunta que se engloba dentro del concepto de trabajo a las “diversas maneras inventadas por el hombre para actuar sobre el medio ambiente natural y extraer de él los medios materiales de su existencia social” (Chamoux, 1998). De alguna manera el estudio de ese devenir da cuenta de la historia del hombre en sociedad, por lo que debe asumirse el concepto de trabajo como provisorio y no como un concepto definitivo.

4.1.2.2 El trabajo a lo largo de la historia de la humanidad

Este texto no es una reconstrucción histórica, solo se limita a describir un momento, el actual de los trabajadores de salud de los hospitales neuquinos. Sin embargo, siempre es necesario apelar al potencial hermenéutico de la reconstrucción histórica, porque tal como menciona Susana Belmartino, “la historia importa porque la historia explica”. Cuando tomamos en cuenta la evolución de un concepto, en nuestro caso el trabajo, “los procesos históricos se consideran constitutivos; y en su desenvolvimiento pueden encontrarse explicaciones y delimitarse influencias sobre las relaciones e identidades sociales resultantes” (Belmartino, 2011).

Considerando al trabajo como la “actividad humana manual y/o intelectual que transmitiéndose de generación en generación, transforma utilitariamente el orden natural de

la materia con el fin de producir satisfactores de necesidades...” podría ubicarse el nacimiento del trabajo “en el momento en que una especie del género homo logra transmitir o asegurar a las generaciones futuras la experiencia o conocimiento de las primeras prácticas o gestos sub-fabriles de construcción de herramientas básicas” (López Oneto, 2016). Siguiendo a Louis-René Nougier, “esta transmisión es el verdadero nacimiento del trabajo... en adelante, gracias a esa transmisión –mímica, expresiva e imitativa, o primeros sonidos significativos– el trabajo se organiza. Pierde su carácter difuso, no especializado, no jerarquizado, para adoptar formas originales u diversas de trabajo, para diferencias a los trabajadores. Las ‘clases’ aparecen con las primeras herramientas” (Nougier, 1965).

Los seres humanos hemos ido modificando nuestros hábitos y costumbres, utilizando la fuerza y el conocimiento para tratar de satisfacer nuestras necesidades y mejorar nuestra calidad de vida. Este intento de superación se realizó a través del trabajo y el empleo de recursos y energía, de forma tal que a medida que se desarrollaba el trabajo, inevitablemente, se realizaba un intercambio tanto con el medioambiente como con otros seres humanos. Pero al trabajar, además de modificar su entorno, un individuo también se modificaba a sí mismo, al vincularse de forma solidaria o conflictiva con otros individuos o grupos.

De la obra de Louis-Henri Parias *Historia General del Trabajo*, Marcos López Oneto rescata dos conceptos centrales respecto de la centralidad del trabajo en la vida humana. Por un lado, que el trabajo, desde sus orígenes, es la base organizativa de todo orden social, de modo que cualquier cambio en el orden laboral impacta en la estructura global de la existencia humana. Otra conclusión relevante de la obra de Parias es que el trabajo crea una jerarquía social, ya que desde su origen al describir la diversidad de ocupaciones humanas surge quien recoge, quien crea y fabrica una herramienta y quien la usa. Esas primeras diferencias dan lugar a distintas condiciones de trabajo y a su vez a diferentes vínculos entre las personas (López Oneto, 2016).

Efectivamente, el lugar que ocupó el trabajo en la vida de las personas y la consideración que se tiene de éste en los distintos momentos de la historia de la humanidad ha ido mutando, como el trabajo mismo, en tanto actividad humana, ha sufrido una metamorfosis que sucintamente describiremos.

Los filósofos griegos y el ascetismo protestante

Para ilustrar la primera observación, vinculada con la ubicación del trabajo en la escala de valores humanos, mencionaremos dos miradas del gran abanico que puede explorarse al analizar la historia del trabajo.

Para filósofos griegos como Sócrates, Jenofonte, Platón o Aristóteles, los verdaderos valores humanos eran la contemplación y el conocimiento libre y desinteresado. La actividad que hoy se considera genéricamente trabajo era concebida como una actividad casi exclusivamente física, que se reducía al esfuerzo que debían hacer las personas para asegurarse la alimentación, satisfacer las necesidades vitales y hacer posible la reproducción de la fuerza de trabajo y de otros sectores de la comunidad. Desde ese punto de vista, el trabajo no solamente era considerado desagradable y penoso, sino además degradante, por lo que no era valorado socialmente y solo justificable por la dependencia de los seres humanos en función de obtener lo necesario para satisfacer necesidades vitales. Platón, cuatro siglos antes de Cristo, planteaba en la *República* (Libro VI.495d) “Pues la filosofía, a pesar del abandono en que se halla, no deja de conservar una dignidad que la coloca por encima de las demás artes, y que influye para que atraiga ... a hombres vulgares que a casusa del trabajo servil a que se dedicaron, tienen mutilada y degradada el alma, así como el cuerpo deformado por la actividad manual” (Platón, 1977). El pensamiento aristotélico acerca del trabajo, que está en línea con el propuesto por Platón, cuestiona el trabajo porque al vincularse con la materia, impide que el hombre se dedique a la contemplación. Sin embargo, Aristóteles desprecia el trabajo no solamente porque mantiene al hombre pegado a la materia, impidiéndole el acceso a lo espiritual, sino fundamentalmente, por ir en detrimento de su autonomía, al someterlo o a las necesidades de la vida, o peor aún, al dominio del amo que manda sobre el esclavo. De esta manera adquiere el trabajo un carácter peyorativo, aunque se lo admite como algo necesario para la subsistencia, tanto del hombre, como de la polis. El trabajo, en suma, es rechazado porque disminuye la libertad humana al someter al hombre al dominio de otro o bien a las necesidades de la naturaleza. Por eso Aristóteles llegará a decir que hay trabajos a los cuales no puede consagrarse un hombre libre sin degradarse, muy lejos del concepto del trabajo como aporte para la dignidad del ser humano (Innerarity, 1990).

Varios siglos después, a partir de algunas de las múltiples derivaciones de la Reforma Protestante (1517), los valores religiosos y culturales empezaron a ocupar lugares destacados y generaron cambios en el valor asignado al trabajo, no solamente en el medio religioso, sino también a nivel de la sociedad. Recuerda Neffa que “los preceptos morales que anteriormente estaban prescriptos por la institución religiosa oficial, pasan a localizarse en la conciencia personal de cada individuo, promoviendo la lectura autónoma y libre examen de textos sagrados” contribuyendo la invención de la imprenta en la difusión de la Biblia. Destaca el autor que “las nuevas ideas religiosas permitieron articular de manera estrecha y hacer compatibles la racionalidad económica con el ascetismo y la ética protestante, los bienes

materiales como una finalidad intermedia que conduce a Dios como finalidad última” (Neffa, 2003).

En este sentido, Max Weber en su libro *La ética protestante y el “espíritu” del capitalismo*, sostiene que es a partir de la reforma protestante cuando comienza a practicarse una “ética del trabajo”. Esa perspectiva valoriza la vida de los seres humanos “en este mundo”, justifica el beneficio económico resultante del trabajo y del comercio, convierte en virtudes la austeridad en el consumo y la propensión al ahorro y se pasa de “trabajar para vivir” a “vivir para trabajar”. El trabajo, según Weber, pasa a ser percibido como algo importante en la vida terrenal, dado que su resultado constituye la fuente de la riqueza y del ahorro. La búsqueda del éxito económico fruto del trabajo profesional intenso, el culto del trabajo, la austeridad puritana en el consumo, la justificación del lucro como medio para invertir y la racionalidad productiva, fueron perdiendo su original esencia religiosa en la medida que avanzó la revolución industrial, se ampliaron los mercados, se intensificó el proceso de división del trabajo y se fue consolidando el modo de producción capitalista (Weber, 2001).

Sirvan los dos ejemplos apuntados para sostener que desde el hombre recolector, luego cazador, más tarde agricultor y luego ampliando sus actividades y complejizando el trabajo, cada etapa implicó intercambios del hombre con su medio y con otros congéneres. Esas relaciones, a su vez establecieron pautas de distribución de responsabilidades, funciones y poder. La división del trabajo generó también, como ya se esbozó, clases sociales, y en algunos momentos de la historia de la humanidad, modos vinculares como la servidumbre y la esclavitud, fueron asumidos como naturales.

La revolución industrial

Con la primera revolución industrial, hacia mediados del siglo XVIII, el trabajo comenzó a consolidarse como un componente esencial para la vida de las personas, profundizándose progresivamente en la medida que el trabajo se asume como la ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico y/o mental, que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.

La revolución industrial marca el paso desde una economía agraria y artesana, cuya fuentes de energía son la aportada por el hombre, los animales y en algunos casos el viento (energía eólica) y el agua (energía hidráulica), sin una estructura global de trabajo dependiente libre⁶, a otra dominada por la industria, apareciendo las máquinas, la mecanización y la

⁶ Refiere al trabajo por cuenta ajena, dependiente o subordinado que es aquel que es objeto del derecho de Trabajo, a diferencia del trabajo autónomo.

utilización de nuevas fuentes de energía (la primera fue el vapor), con una completa estructura normativa de trabajo dependiente libre, y funcional a esas nuevas formas de producción. El elemento aislado emblemático de la revolución industrial fue, la irrupción de la tecnología en la economía. Siendo una etapa de incremento cuantitativo y cualitativo de la productividad de los factores (trabajo, capital, tierra y empresario), de la consolidación y concentración del capital financiero, de la aparición de la clase proletaria y la reorientación de la división u organización del trabajo en función de las máquinas. El cambio generó migración del campo hacia la ciudad; del aumento demográfico; del cambio en las costumbres y preferencias de consumo de la gente; de la simbiosis entre ciencia y tecnología, y del cambio en la percepción del tiempo y del espacio, por obra de la rapidez en el transporte y las comunicaciones. Respecto de la concepción del trabajo, López Oneto marca dos etapas. En la primera que se extiende hasta finales del siglo XIX, prima una concepción del trabajo-empleo en la cual un hombre “formalmente libre” pero sin protección social alguna, vende su fuerza de trabajo (el proletario) a otro sujeto “formal y materialmente libre” que es el dueño de los medios de producción (el capitalista). Afirma López Oneto que esta es concepción es la propia del Estado Liberal de Derecho. En la segunda etapa el trabajo-empleo no se considera una mercancía despojada de dignidad humana, sino que por el contrario, será reconocido como un derecho humano fundamental, impregnado de contenido ético-jurídico para convertirse en una institución fundante del estado en perspectiva social de derecho (López Oneto, 2016).

Esta perspectiva es la que se refleja en la *Declaración de Filadelfia* de 1944 cuando propone como primer principio fundamental que “el trabajo no es una mercancía” (Organización Internacional del Trabajo, 1944). Resulta relevante a efectos de este trabajo el rescate de esta concepción sobre el trabajo-empleo en tanto de la misma devienen normas que protegen al trabajador de todas las actividades.

Taylorismo y Fordismo

Escapa al objeto de este trabajo desarrollar en profundidad las peculiaridades de la organización del trabajo en los distintos momentos históricos, pero solo para dar pie al ítem que sigue, en tanto resulta importante para verificar la interrelación actual entre trabajo y salud, vale apuntar brevemente algo sobre el paradigma Taylorista-Fordista-Sloanista y luego una breve referencia al auge del toyotismo y su declinación.

Frederick Wislow Taylor (1856-1915) fue el máximo exponente del llamado “movimiento de sistematizadores” que da origen a un paradigma productivo basado en racionalización de trabajo, también mencionado como la organización científica del trabajo (OCT). En el contexto histórico de crecimiento económico y expansión de la demanda sin

importantes cambios tecnológicos, Taylor asumía que el trabajador tendía sistemáticamente al ocio y la vagancia como forma de protegerse contra los despidos de trabajadores excedente, siendo una de las causas los deficientes sistemas remunerativos que no equilibraban tiempo de trabajo y productividad con ausencia de dirección científica de las empresas. Para poner fin al caos y la improvisación en la organización industrial los “sistematizadores” proponen: el estudio sistemático de tiempos y movimientos para identificar, medir y luego eliminar el tiempo muerto y los movimientos considerados improductivos; la estandarización de los objetos de trabajo y de las tareas; la división social y técnica del trabajo, separando las tareas de concepción de las de ejecución que da lugar a una estructura compartimentada, asignando un número limitado de tareas específicas a cargo del trabajador individual en oposición al trabajo grupal; formación profesional especializada de corta duración, operativa y limitada a pocas tareas y un sistema de control y supervisión que incluía la medición objetiva de los resultados en términos cuantitativos, siendo esa la base de la remuneración por rendimiento (Neffa, 1990).

El fordismo⁷, que podría identificarse como el sistema de organización social emblemático de la producción del capitalismo durante gran parte del siglo XX, buscó incrementar la productividad a través de los rendimientos crecientes de escala para producir, en series largas, productos homogéneos, destinados a un mercado solvente y en expansión. Propició una relación salarial orientada a fijar la mano de obra en la empresa con contratos de trabajo estables, por tiempo indeterminado y a pleno tiempo, y un sistema de remuneraciones, basado primero en el rendimiento (Taylor) y luego según el tiempo de trabajo (Ford). Ese modelo productivo apostó a la integración vertical de la producción dentro de una misma empresa y se caracterizó por desarrollar un volumen de producción programado que no estaba en función de la demanda, sino considerando el historial de ventas. Las economías de escala, al tiempo que buscaban aumentar la productividad, perseguían el objetivo de reducir los costos unitarios de producción, pero sin tener en cuenta las posibles variaciones futuras del volumen, la calidad y la variabilidad del producto. La línea de montaje, innovación del fordismo, sin embargo, limitó cambios sustanciales en los procesos de trabajo.

El incremento del costo de la energía y las materias primas que emergen con la crisis del petróleo en la década de 1970 puso en crisis el paradigma taylorista-fordista, al hacerse evidente sus limitaciones. En síntesis, afirma Neffa, la articulación del taylorismo y el fordismo en su versión tradicional, constituyeron una forma de organizar las empresas, la producción, la

⁷ **Fordismo**: el término hace referencia al modelo de organización y gestión empresarial que toma las ideas del “managment científico” y son desarrolladas por Henry Ford como director de Ford Motor Company y por Alfred Solan, director de General Motors.

relación salarial y los procesos de trabajo que, por su rigidez e incapacidad para adaptarse rápidamente a los cambios cuantitativos y cualitativos de la demanda, mostró serias dificultades para incrementar la productividad y en simultáneo mejorar la calidad y producir con variedad (Neffa, 1999).

A su vez, los modelos de control del trabajador asalariado, por parte de los empresarios perdieron eficacia, la extrema división social y técnica del trabajo como forma de organizar la tarea entra en la fase de declinación del paradigma al verificarse insatisfacción y desinterés por parte de los trabajadores, con lo cual se acelera la caída de la productividad y la calidad. El paradigma perdió fortaleza, aunque sin desaparecer del todo, producto de su incapacidad para superar obstáculos de índole económico, social, tecnológico, organizacional y por su propia concepción del trabajo humano (Neffa, 1990).

El neoliberalismo y el toyotismo con sus límites

Durante el último cuarto del siglo XX, cerrado el ciclo keynesiano, asoma el neoliberalismo de la mano de Milton Friedman y el monetarismo (Palley, 2014). Con el telón de fondo de una nueva crisis de las macroeconomías del mundo occidental, la promoción de intervenciones estatales acotadas a la mínima expresión, el fomento de la iniciativa privada, el auge del poder financiero y la desocupación que empieza a crecer, para evitar pérdidas en las tasas de ganancias, se desarrolla un nuevo modelo productivo que se da en llamar “toyotismo” por ser Toyota la empresa que lo inicia, pero que rápidamente es asumido por otras organizaciones. El nuevo modelo se caracterizó por la descentralización de la producción y las responsabilidades, por la construcción de una cultura empresarial con formas participativas y descentralizadas de gestión, así como por la contratación de trabajadores altamente calificados y polivalentes, lo cual denotó el reconocimiento de su autonomía y creatividad.

La llamada *Lean Production* o Producción Magra que caracteriza al toyotismo se basó en: producción flexible en cuanto a cantidad y variedad de diseños y el sistema *Just-in-Time*, que propone la producción de bienes o prestación de servicios no sin que antes se haya vendido o al menos comprometida su venta. Para la elaboración del producto, a diferencia del modelo de integración vertical se apuesta a la tercerización, estableciendo estrechas relaciones con firmas subcontratadas. Respecto de la organización del trabajo, el modelo propone una organización interna de tipo eminentemente cooperativa y descentralizada, que reduce al mínimo la burocracia y el trabajo indirecto, con fuerte acento en el control de calidad y el error cero. A diferencia del fordismo, en el toyotismo no solamente se promueve la autonomía de los trabajadores para tomar decisiones, sino que además se fomenta el

intercambio fluido entre jefes y subalternos y se estimula la creatividad y motivación de los trabajadores y el trabajo en equipo (Neffa, 1999).

Sostiene Neffa que el análisis de las diversas alternativas que se proponen para sustituir al taylorismo y al fordismo, muestra que las mismas no están exentas de contradicciones que las limitan. Puede constatarse que a mediano plazo, las medidas de políticas neoliberales que pusieron el acento en la flexibilidad laboral defensiva (desregulación social, estímulo de la competencia en el mercado de trabajo), y en la reducción de los costos salariales directos e indirectos, no lograron buenos resultados macroeconómicos (Neffa, 1999), con el agravante de que en el fin de siglo comenzaron profundas transformaciones en el mundo del trabajo, que se mencionan más adelante, que flexibilización y precarización laboral mediante, instalaron el temor del desempleo y la exclusión social (Antunes, 2007). Con el neoliberalismo las modalidades de subempleo a tiempo parcial y el pluriempleo empezaron a ser parte del paisaje del mundo laboral, incrementándose el riesgo para la salud individual y colectiva (Rodríguez, 2005). En la modernidad avanzada, refiere Ulrich Beck, la producción social de riqueza va acompañada sistemáticamente por la producción social de riesgos. “Por tanto, los problemas y conflictos de reparto de la sociedad de la carencia son sustituidos por los problemas y conflictos que surgen de la producción, definición y reparto de los riesgos producidos de manera científico-técnica” (Beck, 1998). La noción de riesgo, que no se limita al ámbito del trabajo, termina según este autor, permeando al conjunto social, inclusive desplazando a otras categorías hasta allí consideradas de más importancia como trabajo, familia y progreso.

La teoría del fin del trabajo

Desde distintos ángulos varios sociólogos, economistas y filósofos, entre ellos André Gorz, Clauss Offe, Jürgen Habermas, y Jeremy Rifkin (2002), comenzaron a plantear, sobre finales del siglo pasado, la tesis del fin del trabajo. Básicamente destacan dos aristas. Por un lado, el fin del trabajo tal como se lo conocía hasta el presente, que es algo que va a suceder debido a la globalización y la incorporación de nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones que aumentan rápidamente la productividad condenando a la mayor parte de la población al desempleo. Por otro lado, la pérdida de peso de la clase-que-vive-del-trabajo (proletariado) como sujeto político al que se le asigna una misión emancipadora.

André Gorz en *Adiós al proletariado (más allá del socialismo)* ya en 1980, consideraba que el desempleo, la volatilización y la individualización del trabajo se estaban constituyendo en formas evolutivas irreversibles. En ese contexto, la estructura de producción adquirió con el desarrollo del capitalismo una forma que le impone el capital y que por ello no puede ser

apropiada por el proletariado. El proletariado según Gorz, queda asimilado al capital, "la ideología del movimiento obrero tradicional, valoriza, perpetúa y, llegado el caso, remata la obra iniciada por el capital: la destrucción de las capacidades de autonomía de los proletarios... Durante más de un siglo, la idea del proletariado ha logrado disimular su irrealdad. En la actualidad esta idea está tan acabada como el mismo proletariado ..." (Gorz, 1982, p. 76). En estas circunstancias, se pregunta Gorz, ¿cómo podría ser transformado el capitalismo?, y se responde: a partir de la no clase de los no trabajadores es como puede devenir una ruptura, "individuos que se ven expulsados de la producción por el proceso de abolición del trabajo, o subempleados en sus capacidades por la industrialización (es decir la automatización y la informatización) del trabajo intelectual. Engloba al conjunto de esos supernumerarios de la producción social que son los parados actuales y virtuales, permanentes y estacionales, totales y parciales (Gorz, 1982, p. 77).

Clauss Offe y Jürgen Habermas también sostienen tesis vinculadas con la pérdida de centralidad del trabajo como categoría explicativa de la actividad humana. La desaparición de una sociedad del trabajo emerge con los cambios que comenzaron a producirse en la población económicamente activa y los mercados de trabajo (Neffa, 2001). En este sentido, Offe argumentaba que la segmentación del mercado impediría la construcción de identidades colectivas; los cambios en las condiciones de vida estarían llevando a una pérdida del valor del trabajo frente al placer del consumo y los cambios en los modos de producción cambiarían las dinámicas del trabajo y las relaciones emergentes (De la Garza Toledo & Neffa, 2001).

El sociólogo y economista Jeremy Rifkin plantea que estamos entrando en una nueva fase de la historia humana, caracterizada por lo que "ya parece una permanente e inevitable decadencia de lo que hasta ahora entendíamos por trabajo". Para este autor el punto de partida es la evidencia del nivel alcanzado por el desempleo a nivel mundial, que es el mayor desde la gran depresión de la década de 1930. Ese colectivo social, que Rifkin denomina "nuevo ejército de reserva", ocuparía un espacio alejado del Estado y las instituciones, que el autor llama "tercer sector" (Rifkin, 2010).

En los inicios del presente siglo, el incipiente sector secundario era capaz de absorber varios de los millones de campesinos propietarios de granjas desplazadas por la rápida mecanización de la agricultura. Entre mediados de la década del 50 y principios de los 80, el sector de servicios fue capaz de volver a emplear a muchos de los trabajadores industriales sustituidos por la automatización, pero la peculiaridad de la nueva revolución tecnológica, sostiene Rifkin, consistiría en que todos los sectores son víctimas de la reestructuración tecnológica sin que haya irrumpido algún sector habilitado para canalizar el volumen de mano de obra desplazada. El único sector expansivo es el del conocimiento, pero no alcanzará para

contener el número de trabajadores sustituidos por la nueva generación de "máquinas pensantes". Rifkin dibuja un panorama sombrío que deviene en un irreversible proceso de polarización. "El mundo acabará polarizándose en dos tendencias potencialmente irreconciliables: por una parte, una elite bien informada que controlará y gestionará la economía global de alta tecnología; y por otra, un creciente número de trabajadores permanentemente desplazados, con pocas perspectivas de futuro y aún menos esperanzas de conseguir un trabajo aceptable en un mundo cada vez más automatizado".

Neffa rescata la síntesis de cuatro tesis que sobre esta postura propone Enrique de la Garza (De la Garza Toledo & Neffa, 2001):

Tesis 1: La decadencia del sector industrial con respecto a los servicios y el cambio en la estructura de las ocupaciones con crecimiento relativo de trabajadores calificados, técnicos, etc. Y la expansión de trabajadores "empleos atípicos y trabajos precarios" con persistencia de altos niveles de desempleo, que genera una heterogeneidad en los trabajadores con repercusión en sus normas, valores y actitudes.

Tesis 2: El fin del trabajo debe entenderse en términos sociológicos como el fin de la centralidad del trabajo en el conjunto de relaciones sociales.

Tesis 3: El trabajo pierde su importancia como generador de valor, en una sociedad donde la riqueza comienza a crearse en el mundo financiero, especulativo.

Tesis 4: La crisis del trabajo es un problema político resultado de una lucha perdida por la clase obrera en la década de 1980, debido a los cambios en el régimen de acumulación y a la crisis sindical.

Subyace en estos planteos quizás más que la idea del fin del trabajo, que se emparentaría con el fin de la historia y/o de las ideologías, la declinación del sueño socialista y de la clase obrera como sujeto de cambio y en contrapartida una nueva configuración del capitalismo que se consolida con renovada configuración.

Nuevas morfologías del trabajo

"La sociedad parece dar por sentado que el hombre necesita trabajo, y que seguirá siendo la base de nuestra organización social" (Dominique Medá)

Ricardo Antunes es uno de los autores que considera que contra los limitados argumentos de la tesis del fin del trabajo, de claro cuneo eurocéntrico, es dable asumir la crisis del mundo del trabajo y comprender lo que el autor denomina "nueva morfología o la nueva polisemia del trabajo" y reconocer que las complejas relaciones que emergen del campo

laboral dan lugar a lazos de sociabilidad que vuelven a poner al trabajo en un lugar central en la vida de las personas (Antunes, 2007).

Antunes sostiene que como resultado de las transformaciones y metamorfosis que han tenido lugar en el transcurso de las últimas décadas, el mundo del trabajo experimentó múltiples procesos, que en los países del tercer mundo han tenido repercusiones significativas, entre los que destacan, por un lado, la desproletarización del trabajo industrial, es decir, una disminución de la clase obrera industrial tradicional, y paralelamente, una subproletarización del trabajo como consecuencia del auge de distintas formas de trabajo precario, parcial, con crecimiento además de la economía informal, fuerte tendencia a la tercerización y la subcontratación especialmente de servicios y el crecimiento porcentual de mujeres trabajadoras.

“Los datos empíricos permiten afirmar que, al contrario de lo que sostiene la tesis sobre la supresión o eliminación de la clase trabajadora, en el capitalismo avanzado tenemos un amplio abanico de agrupamientos y segmentos que componen la clase-que-vive-del-trabajo” (Antunes, 2000).

En el ámbito público en general y de los servicios en particular, también aparecen expresiones crecientes de estos fenómenos. En el sector público, la expansión de la tercerización estuvo asociada con las reformas del Estado de primera y segunda generación, que supusieron la reducción del empleo estatal a través de despidos masivos, retiros voluntarios y jubilaciones anticipadas (en las empresas estatales, de 242 mil trabajadores en 1991 se redujeron a 50 mil en 1995 y en la administración nacional pasaron de 534 mil a 467 mil) (Basualdo et al., 2015). En el campo de la salud se hace evidente al verificar el crecimiento de modalidades de tercerización, especialmente en áreas consideradas no esenciales para la misión institucional como son los servicios generales de limpieza, alimentación, lavandería, mantenimiento y transporte. La tercerización modifica la relación entre un empleador y un colectivo laboral, introduciendo un tercero en la ecuación, a quien se le delega parte de las tareas antes a cargo de la empresa principal (Basualdo, 2016).

La flexibilización y precarización laboral que desprotege a los trabajadores, descripta como propia de las actividades industriales también aparece en los sectores terciarios. El cuadro se complejiza con la convivencia de trabajadores con diferentes formas de vínculo laboral y de remuneración para tareas similares, a lo que se suma la doble dependencia administrativa y funcional que provoca, no en pocos casos, dificultades operativas y de gestión que reducen efectividad. En efecto, la transformación de los paradigmas organizativos

empresariales fomentó un efecto de disociación con consecuencias en el ámbito laboral donde se desdibuja la figura del empleador, al tiempo que se fragmenta y divide el colectivo de trabajadores (Basualdo, 2016).

4.1.2.3 El trabajo y la salud en la actualidad

*“Las condiciones de trabajo afectan no sólo la salud del trabajador sino también las condiciones de vida de los miembros del grupo familiar”
(Eduardo Menéndez)*

Robert Castel en *La Metamorfosis de la Cuestión Social* (metamorfosis como “dialéctica de lo igual y lo diferente”), sostiene que el trabajo permanece como referencia dominante no solo económicamente, sino también psicológica, cultural y simbólicamente, hecho que se comprueba por las reacciones de aquellos que no tienen trabajo, que vivencian cotidianamente el flagelo de desempleo, del no-trabajo, de la no-labor (Castel, 1997).

En este sentido, y respecto de la importancia del trabajo, y la falta del mismo en la configuración del ser humano como sujeto social, Aldo Isuani sostiene que “quienes sostienen la importancia del trabajo como factor de inclusión social, argumentan que la autoestima, elemento esencial para una vida digna, se erosiona ante la ausencia de una actividad laboral porque esta es la forma predominante de adquirir reconocimiento frente a los otros. Afirman también que la ausencia de trabajo en forma prolongada es mucho más que ausencia de ingresos para vivir, es simplemente pertenencia o no a la sociedad, y la falta de ‘afiliación social’ es causa de males como la depresión, el conflicto familiar, las adicciones y hasta el suicidio” (Isuani, 2021).

En la larga historia de la actividad humana y en su incesante lucha por la sobrevivir con dignidad y felicidad social, el mundo del trabajo ha sido vital. Es a través del acto laboral, que Marx denominó actividad vital, que los individuos, hombres y mujeres, se distinguen de los animales. Pero, en contraposición, cuando la vida humana se reduce exclusivamente al trabajo, frecuentemente se convierte en un esfuerzo penoso, alienante, aprisionando a los individuos de modo unilateral. Si, por un lado, necesitamos del trabajo humano y reconocemos su potencial emancipador, debemos también rechazar el trabajo que explota, aliena y hace infeliz al ser social. Esa dimensión dual y dialéctica, presente en el trabajo, es central cuando se pretende comprender la labor humana.

En síntesis, vale rescatar tres conceptos: 1. Al contrario del fin o la reducción de la relevancia de la teoría del valor trabajo, hay en la actualidad una alteración cualitativa y una ampliación de las formas y mecanismos de extracción de trabajo; 2. El trabajo sigue siendo una parte constitutiva del ser humano en tanto persona individual y también en función de

integrante de un colectivo social; y en consecuencia, 3. La problemática del trabajo remite a la constitución de la identidad del sujeto social, central para una teoría de las relaciones entre la salud y el trabajo.

Volviendo a Asa Cristina Laurell, referenciada al plantear el contexto de la investigación, rescatamos que sostiene que “el trabajo es una categoría social y, por eso, debe ser tratado como tal en sus determinantes múltiples, y no solo como un factor ambiental” (Laurell, 1978). “Los procesos y relaciones laborales son todavía en la actualidad (1978) parte central de las condiciones sociales que afectan los procesos de salud/enfermedad” (Menéndez, 2005).

Mientras que desde la conceptualización tradicional empleada por Salud Ocupacional el ambiente laboral es entendido como el conjunto de riesgos físicos, químicos y biológicos y psicológicos responsables de accidentes, lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, Laurell rescata enfoques conceptuales de la época (fines de la década de 1970) que incorporan el trabajo como una categoría social, donde los problemas individuales de salud son entendidos como la expresión de las contradicciones y antagonismos sociales. Los principales elementos constitutivos del proceso de trabajo para la autora son la fuerza de trabajo, los instrumentos y el objeto de trabajo, siendo este último el más relevante a la hora de analizar la relación trabajo- salud. Su análisis, en las dimensiones técnica y social, hace posible comprender la complejidad de la relación entre salud y trabajo (Spinelli, 2013). Las consecuencias del proceso de trabajo sobre la salud de los trabajadores dependerán de las diferentes formas de utilizar la fuerza de trabajo –las cuales, a su vez, están definidas socialmente– y del grado de control que los trabajadores tengan sobre su proceso de trabajo, a través de los diferentes mecanismos sociales de resistencia. Asumir el punto de vista de los trabajadores en materia de salud y trabajo obliga a pensar y criticar los problemas de salud física y emocional, no solamente desde la dimensión técnica del proceso de trabajo, sino también desde sus determinantes sociales (Laurell, 1978).

Esas notas que destacaban Laurell y Menéndez hacia finales de la década de 1970, y que marcaban con claridad que las acciones de los conjuntos sociales, y especialmente de los trabajadores, impactaban en el proceso salud/enfermedad, adquieren mayor relevancia a la luz de las transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo sobre finales del siglo XX y en el transcurso del siglo actual.

4.2 *Genealogía del estudio de las relaciones entre el trabajo y la salud*

La medicina del trabajo, como aquella especialidad encargada de monitorizar el vínculo trabajo y salud, constituye un campo de creciente y oscilante preocupación y complejidad, en tanto los cambios en las políticas públicas y la diversificación y multiplicación de puestos de trabajo, de tareas, de formas de contratación, de marcos jurídicos y de mecanismos de retribución del trabajo y del empleo, le otorgan un carácter eminentemente dinámico y cambiante.

El perfil de esta disciplina, como en otras ramas de la medicina, adquiere distintos ribetes de acuerdo no solamente al objeto de estudio, en este caso la salud del trabajador, sino tanto más, respecto de los intereses protegidos.

Desde sus comienzos la medicina laboral prestó atención a los ambientes y condiciones de trabajo, y casi como resultado natural de su evolución también advirtió sobre ambientes y prácticas específicas del sector salud potencialmente adversas para la salud de los trabajadores. A partir de esas observaciones también destinó arsenal de diagnóstico y de intervenciones específicas, no siempre logrando los resultados esperados.

Con Róvere, sostenemos que “una mirada genealógica sirve para comprender cómo se ha ido conformando este campo de conocimiento e intervención y nos indica que, dadas las múltiples formas, más o menos sutiles, más o menos abiertas, sobre cómo unos se apropian del trabajo de los otros, la clave parece estar en quien contrata a quienes ejercen la especialidad laboralista con directas repercusiones sobre la conformación del juicio profesional” (Rovere, 2017).

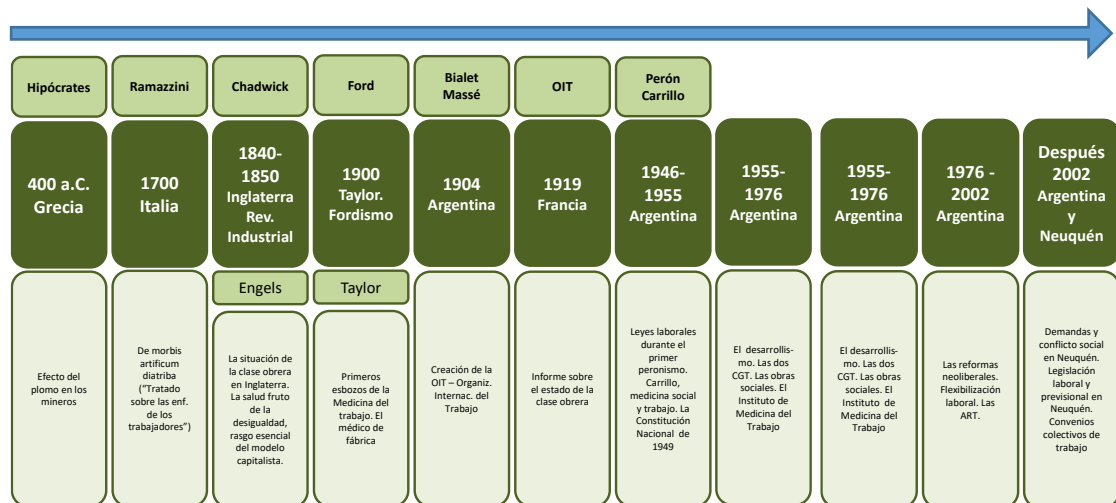
Sin pretender ser exhaustivo, este esbozo genealógico muestra algunas de las iniciativas que se concretaron a lo largo de la historia para vincular trabajo y salud. Este escueto repaso da cuenta de la tensión sostenida que se verifica en este ámbito en torno del para qué y para quienes está destinada la medicina del trabajo. Dicho de otra manera, intentar discernir donde se pone el foco y quien es el actor principal en cada enfoque, nos acerca a identificar qué intereses se defienden, los cuales no siempre se explicitan en los planteos teórico - conceptuales. En todo caso, retomando las ideas fuerza que inspiran la salud colectiva, resulta evidente que no puede soslayarse que el enfoque que asume en cada momento la medicina del trabajo genera un impacto en la salud individual y colectiva.

Esto es así en tanto en la medida que la medicina se acerca o se aleja de la idea de centrar su preocupación en el hombre en tanto sujeto de derechos y ser social, se aleja en de

la concepción que prioriza enfocar en el resultado del esfuerzo, es decir del producto del trabajo, antes que en el trabajador.

Figura N° 3

Esquema de la genealogía del estudio de las relaciones entre el trabajo y la salud



Fuente: elaboración propia

Finalmente, analizar la genealogía de la relación trabajo – salud nos ayuda a entender como la medicina se acerca o se aleja del asumir, en nuestro caso, al trabajador de salud, como instrumento o máquina irracional que se limita a aplicar una técnica dada en un contexto determinado, o se lo considera como artesano en tanto ser deseoso de realizar bien su tarea, enfrentando conflictos para alcanzar la excelencia, conjugando prácticas corporales con el poder de la imaginación (Sennet, 2018).

4.2.1 Ramazzini, un precursor

Cuatro siglos antes de Cristo, Hipócrates (460 a.C – 370 a.C) describió los efectos del contacto de los mineros con el plomo, quizás como la primera descripción registrada de una enfermedad laboral. Debió pasar mucho tiempo para que alguien sistematizara ese vínculo. En efecto, Bernardino Ramazzini (1633-1714), es quien aparece como referencia obligada al intentar desplegar una línea histórica que conecte los esfuerzos por relacionar el trabajo en general, y en el ámbito sanitario en particular, con la salud de las personas (Rovere, 2017) (Spinelli, 2013) (Fresquet, 2011).

Ramazzini, se graduó en filosofía y medicina en 1653, en la Universidad de Padua, Italia y publicó en Módena, en 1700, *De morbis artificum diatriba*, conocido como "Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores". En esa obra Ramazzini analiza 60 tipos de

ocupaciones, entre ellos: los doradores y farmacéuticos y las intoxicaciones que sufrían como consecuencia de la manipulación de mercurio, los que coloreaban vidrios y sus problemas debidos al uso de antimonio, los pintores y las enfermedades que les producía el plomo que empleaban. El tratado emplea un método particular y específico de análisis de cada actividad, para luego proponer medidas destinadas a evitar su ocurrencia.

Bernardino Ramazzini también se ocupó de los médicos. El capítulo III esta justamente destinado a *iatraliptae* (médicos). En ese apartado Ramazzini menciona que “el mercurio daña también a los *yatraliptas* de nuestra época, es decir, a los cirujanos que untan con él a los gravemente aquejados de enfermedades venéreas y que no podrían curar con ningún otro tipo de medicación... Si este tipo de masajistas contraen alguna enfermedad provocada por las aplicaciones de mercurio (como temblor de manos, vértigos, retortijones, según hemos indicado más arriba) les servirá como remedio una decocción de guayaco; pues, así como el mercurio es un eficaz domeñador del veneno venéreo, de la misma manera el guayaco es un restaurador de los daños infligidos por el mercurio”. “Así, muy a menudo, estos dos excelentes remedios, juntando sus fuerzas, llevan a cabo una curación total del morbo gálico” (Ramazzini & Bermúdez, 2012).

Muchas de las ocupaciones estudiadas por Ramazzini ya habían sido descriptas cuando publicó *De morbis artificum diatriba*, pero su mérito radicó en relacionar un tipo de trabajo determinado, añadir los datos recogidos en sus entrevistas y observaciones, para finalmente plantear como esas situaciones afectan a un grupo de personas. Con enfoque colectivo, supera el plano de análisis individual, para avanzar en dilucidar como las condiciones de trabajo en determinadas ocupaciones, y el medio ambiente en el que se desarrollan, influían en la generación de enfermedades. Su obra también establece una relación de los trabajos y enfermedades con las diferentes categorías sociales de la época, resaltando que la pobreza tenía mayor relación con las enfermedades del trabajo.

4.2.2 La revolución industrial, Chadwick y Engels, dos miradas

La economía existente antes de la revolución industrial estaba basada en el mundo agrario y artesanal, en el cual tres cuartas partes de la población subsistían con trabajos agropecuarios. Principalmente estaba basada en el autoconsumo y no en la comercialización de los productos obtenidos, puesto que además la productividad era muy baja.

Durante el siglo XIX con la revolución industrial se produjo un cambio rápido que afectó a todas las estructuras de la sociedad. Los cambios tecnológicos, socioeconómicos y culturales impactaron en la salud individual y colectiva. Los cambios tecnológicos impusieron el uso de nuevos materiales como el acero y fuentes energéticas como el carbón y máquinas

motrices como la máquina de vapor, considerada como el motor inicial de ese cambio de época. Aparecieron las máquinas de hilar y tejer, que consiguen aumentar rápidamente la producción con poco personal y surgieron técnicas para el desarrollo del trabajo y la especialización de la mano de obra. Mejoraron los medios de transporte y crecieron la industria y el comercio.

Los cambios culturales surgen del impresionante aumento de los conocimientos en todas las ramas, tanto científicas, como técnicas y sanitarias. Los cambios sociales más notables derivan del crecimiento de las ciudades y el consiguiente éxodo en zonas rurales. Al mismo tiempo se produce un fuerte aumento demográfico, como consecuencia de la elevada natalidad y el descenso de la mortalidad catastrófica gracias a avances sanitarios, como las vacunas, y a una mejor alimentación de la población.

Al tiempo que se desarrolla una clase burguesa, el éxodo de población rural hacia las ciudades da lugar a la aparición de un nuevo actor social, el trabajador asalariado. Marx denunciaría que así el trabajo se convierte en mercancía, en valor de cambio, y en ese contexto el trabajador entrega su trabajo a cambio de un jornal, sin mayor motivación que la económica.

Esos trabajadores y sus familias se agrupan en suburbios cercanos a las fábricas. Las condiciones de vida de estos empleados son penosas, tanto en las fábricas donde trabajan como en los suburbios en los que habitan. En las fábricas encontrarán humedad, poca ventilación, ninguna seguridad laboral y jornadas que superan las doce horas diarias, siete días a la semana. En los suburbios superpoblados y sucios, son víctimas de epidemias de fácil propagación.

Hasta el siglo XIX, en Europa, las medidas preventivas contra las enfermedades, en general, y contra las epidemias, en particular, no aparecían en la agenda política, sin embargo, el impacto negativo sobre las ganancias producto de las jornadas laborales perdidas empezaron a preocupar a la dirigencia de la época. Esa preocupación utilitarista, llevó a cuestionar inclusive, las teorías imperantes en la época. Es así como aparece una postura “anticontagionista” en oposición a la teoría “contagionista” (alternativa a la miasmática imperante en la época) que sostenía el contagio como causa de la propagación de enfermedades y la cuarentena como medida de atenuación. Ese tipo de medidas —el aislamiento y la cuarentena— necesariamente frenaban la economía capitalista incipiente.

A la cuarentena se le opone el saneamiento como estrategia de abordaje de los problemas prevalentes, en el contexto de un debate sanitario teñido por los intereses económicos de la época. El saneamiento se legitima como opción a partir del informe que redactó en 1842 Edwin Chadwick (1800-1890) (*Report on an inquiry into the sanitary condition*

of the labouring population of Great Britain). Chadwick sostenía que las condiciones sanitarias de los trabajadores británicos que sufrían enfermedades epidémicas prevalentes se vinculaban con el hábitat, el ambiente y en general las condiciones de vida de la clase trabajadora inglesa. El *Report* de 1842 recomendaba reformas que incluyeran disponer de sistemas de cloacas domiciliarias, provisión de agua potable y supervisión e intervención estatal. Esa tesis promovió un debate que culminó con la sanción en 1848 de la Ley de Salud Pública (*Public Health Act*) (Urquía, 2019). Para Chadwick, la mejora en las condiciones de vida de los trabajadores no era un fin en sí mismo, sino un medio para optimizar el rendimiento económico de un proceso revolucionario.

Federico Engels (1820-1895) aceptaba la teoría miasmática como explicación de los determinantes inmediatos de las enfermedades, pero los distinguía de los determinantes mediatos, relacionados con el modo de producción capitalista. Sostenía una propuesta alternativa que amplía la mirada más allá de los límites de lo sanitario, exponiendo en su texto de 1845 *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, que la salud era fruto de la desigualdad, siendo éste un rasgo esencial del modelo capitalista. Aparece la cuestión social como determinante de la salud y los modos de producción como responsables de enfermedades, inclusive señalando al alcoholismo como una de sus consecuencias.

“Las relaciones entre salud y trabajo permitían, en la Inglaterra del siglo XIX, la confluencia de perspectivas disciplinares e ideológicas diversas” (Spinelli, 2013). Vale en este sentido rescatar esos dos enfoques contrapuestos en un momento en el cual se identifican los inicios de la Medicina del Trabajo con centro en los establecimientos fabriles.

Con ese marco, que se fortalece a principios del siglo XX con la consolidación de los modos de producción que aportan el fordismo y el taylorismo, surgen los primeros esbozos de la Medicina del Trabajo que se reconoce como fruto del interés del empresariado antes que del obrero, que configura los servicios en torno del papel del médico de fábrica, a su vez responsable de la prevención de riesgos debiendo asumir la responsabilidad respecto de la salud de los trabajadores.

Como contrapartida a esas líneas conceptuales, es dable subrayar que dos años después de finalizar la Primera Guerra Mundial y de la Revolución Rusa, en 1919, nace la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La categoría “trabajador” pasará a ser una categoría mayor en el análisis de la política pública y sus organizaciones gremiales fuerzas políticas de primera magnitud. El acta fundacional de la OIT incluye en su preámbulo: “Considerando que la paz universal y permanente sólo puede basarse en la justicia social... Considerando que existen condiciones de trabajo que entrañan tal grado de injusticia, miseria y injusticia social (SIC) ...protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no

profesionales, y contra los accidentes de trabajo...” (Organización Internacional del Trabajo, 1919).

4.2.3 El movimiento obrero organizado y los primeros estudios argentinos

Durante los primeros años del siglo XX Argentina comienza a vivir la transición de un modelo exclusivamente agro-exportador hacia una economía mixta con creciente influencia del desarrollo industrial. Las tierras más productivas estaban en manos de pocas familias que ocupaban grandes extensiones con escasa o nula vocación por el fomento de actividades económicas secundarias y sí por optimizar sus ganancias exportando materias primas a Europa. Las inversiones extranjeras, principalmente inglesas, estaban orientadas a facilitar ese proceso, lo cual explica el tendido de vías férreas concentrando sus terminales en el puerto de Buenos Aires. Ambas situaciones, a la que se suma la significativa corriente inmigratoria de trabajadores europeos de finales del siglo XIX y principios de XX, generó un crecimiento demográfico que se concentró en las principales ciudades portuarias.

La década de 1930 –“década infame”– caracterizada por el llamado “fraude patriótico” inspirador del tango *Cambalache* de Enrique Santos Discépolo, marcó importantes contrastes sociales. Es un período de marcada diversidad ideológica producto de las influencias inmigratorias, que al mismo tiempo da lugar a la gestación de una fuerte sindicalización de los trabajadores. En efecto, la concentración poblacional, las malas condiciones de trabajo y de vida en general y la difusión de las ideas anarquistas y socialistas incorporadas por los inmigrantes, facilitó el surgimiento del movimiento obrero organizado.

En el campo sanitario, sin embargo, no prevalecía ni el concepto de salud como derecho, ni mucho menos el de Estado como garante, y por tanto planificador y regulador de los servicios de salud. No obstante, con el marco del auge creciente del movimiento obrero se creó en 1880 el Departamento Nacional de Higiene, que propició estudios e intervenciones en cuestiones de higiene y salubridad pública. Aun rescatando ejemplos importantes de funcionarios nacionales preocupados por abordar problemáticas vinculadas con las epidemias y la higiene pública como Domingo Cabred y Pedro Coni, su capacidad de administración era limitada dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaban en manos de las sociedades de beneficencia.

Probablemente, como lo sugiere Arce, el limitado alcance de los comunistas frente a la mayor influencia de socialistas y anarquistas en el Río de la Plata, a diferencia de lo que ocurría en Chile, limita el desarrollo en esta etapa de la red pública, teniendo mayor auge el despliegue de entidades mutuales y de comunidades por fuera de la órbita del Estado (Arce, 2010, p. 66).

El mutualismo fue muy importante en el origen del sindicalismo en todas partes, pero en la Argentina fue especialmente relevante, a tal punto que los sindicatos argentinos nunca dejarán de darle un lugar central a la atención de la salud de los trabajadores/as y sus familias. Este mutualismo sindical, que a partir de la década de 1930 comenzaría a llamarse “obra social”, es uno de los sellos distintivos del modelo sindical argentino (Robles, 2015).

La primera asociación mutual de nuestro país fue la Sociedad Tipográfica Bonaerense en 1857 pero es recién a comienzos del siglo XIX cuando empezaron a surgir sociedades de socorros mutuos y se crearon los hospitales de comunidad como el Hospital Español, el Británico, el Francés, el Hospital Italiano, el Israelita y el Sirio – libanés, entre otros. Hacia 1915 existían en Argentina aproximadamente 1200 sociedades de socorro, la mayor parte gobernadas por socialistas, pero también otras creadas por la Iglesia Católica como intento de neutralizar el avance del socialismo en esta materia. Ya entrada la década de 1940, principalmente a partir de las iniciativas de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que estimula la creación de sindicatos y fortalecimiento de los ya existentes, los más fuertes crean sus propias instituciones, como el Policlínico Ferroviario Central.

En enero de 1904 el ministro del interior, Joaquín V. González firma con el entonces Presidente de la República, Julio Argentino Roca un decreto comisionando al Dr. Juan Biale Massé (1846-1907) “...para que se traslade a las diversas localidades y centros de trabajo del interior de la República, y previas las investigaciones necesarias, presente al Ministerio del Interior un informe detallado sobre las condiciones del trabajo y de la población obrera en general, y en particular de la Argentina...” (Bialet-Massé, 1985a, p. 12). Menos de cuatro meses después este médico y abogado de origen catalán entrega un informe en tres volúmenes que se conoce como *Informe sobre el estado de la clase obrera*.

El trabajo ya referenciado de Spinelli et al. resume las principales conclusiones del informe:

- Necesidad de formulación de una ley que regulara las relaciones entre el capital y el trabajo.
- Propuesta de garantizar por ley el descanso dominical y una ración mínima de alimentación para los obreros.
- Propuesta de reconocer los accidentes del trabajo en materia de legislación laboral y restringir la jornada comercial desde las 07:00 a las 22:00.
- Necesidad de aplicar multas, como mecanismo de control del Estado, a la relación capital-trabajo.
- Importancia de desarrollar la instrucción práctica y educación de los obreros.

- Propuesta de fomento del “patriotismo” entre los criollos, en el sentido de generar una pertenencia que diera cohesión a las relaciones de trabajo.
- Planteamiento de la necesidad de desarrollar nociones claras del fundamento fisiológico del trabajo, algo que comenzaba a aparecer con la naciente ergonomía.
- Necesidad de plantear un marco normativo que garantizara tiempo de esparcimiento a los trabajadores.

Bialet Massé en las conclusiones de su informe, abogando en favor del dictado de un código de trabajo, declaró: “No se trata de clases sociales, es una mentira, una mistificación; se trata del trabajo de todas las clases en las relaciones entre los que prestan y los que lo adquieren u ordenan” (Bialet-Massé, 1985b, p. 1011). El ministro Joaquín V. González interesó a algunos intelectuales y políticos del Partido Socialista para elaborar un Código de Trabajo que estableciera relaciones equilibradas entre patrones y obreros, pero la proyectada norma legal no se concretó, sino hasta varios años más tarde (Ferraresi & Galasso, 2018).

De esta época se registran otros estudios relacionados con salud y trabajo, que incluyen documentos generados por el Departamento Nacional de Higiene relacionados con la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

Empero, este período se caracteriza por la existencia de una pluralidad de iniciativas y formas jurídicas, con presencia de organismos estatales activos, como el mencionado Departamento Nacional de Higiene para lo vinculado con la higiene pública y la Comisión Asesora para los aspectos relativos a la atención médica, pero con poca capacidad de influir en la definición de políticas globales y escasa o nula función regulatoria. La tarea de asistencia, en una sociedad que entendía a la salud como una preocupación que debía ser resuelta por la sociedad civil, quedaba en manos de las mutuales, de los propios trabajadores organizados o de organizaciones filantrópicas.

Mientras tanto, para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma, sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por aislar a los enfermos que por prevenir las enfermedades, o dicho de otra manera, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia (Manoukian & Iusef Venturini, 2021, pp 91 a 94).

Así como en el apartado anterior se evidenciaban dos enfoques en tensión, esta etapa de la historia argentina también registra pujas entre miradas diversas sobre el mismo objeto. En el contexto de un país que va reformulando su perfil productivo incidiendo esto en el perfil de la sociedad en general y del mundo del trabajo en particular, la salud aparece como un

tema que comienza a entrar en escena. De la mano del incipiente sindicalismo con la creación de mutuas por un lado y de intentos por describir el mundo del trabajo y generar recomendaciones para mejorar las condiciones de esos nuevos actores sociales. Los debates que el informe de Biale Massé generaron habrían llevado en 1907 a la conformación del Departamento Nacional del Trabajo con un decreto del Presidente Figueroa Alcorta en el cual se le encomienda la misión de “recoger, coordinar y publicar todos los datos relativos al trabajo de la República, especialmente en lo que concierne a las relaciones del trabajo y del capital y a las reformas legislativas y administrativas capaces de mejorar la situación material, social, intelectual y moral de los trabajadores” (Ministerio de Producción y trabajo, 2017).

Sin embargo, habría que esperar hasta la década de 1940 para darle rasgos institucionales formales a la integración política de los trabajadores en la vida nacional.

4.2.4 La salud del trabajador como política de estado en Argentina

Juan Domingo Perón (1895-1974) llegó a la presidencia en 1946 después de su paso por la Secretaría de Trabajo y Previsión. Desde ese cargo impulsó los primeros convenios colectivos de trabajo, el estatuto del peón rural, los tribunales de trabajo y la extensión de las jubilaciones para los empleados de comercio, entre otras medidas que apuntaban a jerarquizar al trabajador como actor social.

Durante la presidencia que inicia en 1946, el Departamento Nacional de Higiene se jerarquiza y se transforma en Secretaría de Salud Pública y más tarde en Ministerio de Salud Pública. Se designó a cargo al Dr. Ramón Carrillo (1906-1956), quien incluye en su Plan Nacional de Salud Pública la problemática de la salud del trabajador como política sustantiva al servicio del desarrollo integral del país, sin descuidar los aspectos humanos y sociales.

Juan Carlos Veronelli recuerda que antes de que Perón asumiera la primera magistratura, deja constituida en 1946 la comisión mixta encargada de organizar la aplicación de los decretos leyes sobre medicina preventiva, dictados en 1944, que encargaban diversas tareas al Instituto de Previsión Social y a la Dirección Nacional de Salud Pública. Carrillo entonces destacaba: “He señalado al hacerme cargo de la Secretaría de Salud Pública, nuestra hermandad con la de Trabajo y Previsión. Este acto de hoy demuestra que esto debe ser siempre así, y espero que nuestra recíproca colaboración pueda extenderse a otros aspectos de la previsión. Me refiero al Seguro de Maternidad y al Seguro de Accidentes del Trabajo, previsiones éstas que sin una acción médica integral serán siempre incompletas” (Veronelli & Veronelli Correch, 2004).

La Constitución Argentina de 1949 fue una constitución sancionada durante la primera presidencia peronista (1946-1952), inscripta dentro de la corriente jurídica el

constitucionalismo social. Inspirada en la doctrina justicialista, incorporó en su texto, artículos que contemplaban los derechos de segunda generación, fundamentalmente laborales y sociales, la igualdad jurídica del hombre y la mujer, los derechos de la niñez y la ancianidad, la autonomía universitaria y la función social de la propiedad.

Específicamente en el Capítulo II, sobre derechos, deberes y garantías de la libertad personal, en el artículo 37º, ac 5, aparece como uno de los derechos de los trabajadores, el “derecho a la preservación de la salud”, especificando que “el cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad ...” (Poder Legislativo Nacional, 1994). También incorpora con rango constitucional el derecho al bienestar, al mejoramiento económico, a la seguridad social y a la protección a la familia, conformando una mirada amplia del concepto de salud en sintonía con las ideas que inspiraban a la Medicina Social latinoamericana.

Obsérvese como Juan Perón en el discurso de cierre del primer congreso americano de Medicina del Trabajo celebrado en Buenos Aires en 1949 saluda a los asistentes, muchos de ellos médicos laborales, considerándolos parte de la medicina social opuesta a la de corte individualista. Sostiene Perón: “...han decidido elegir este otro camino del servicio social; de la medicina social; de la medicina del trabajo”. Más adelante en su alocución refiere: “Ahora resulta más fácil entender que el valor del trabajo no se puede medir por lo que él (trabajador) produce como si fuese un resultado matemático, sino por la magnitud del hombre que realiza el trabajo, cuyas fuerzas no pueden ser medidas con ninguna fórmula matemática o física que no tenga factores infinitos. ¡Por lo menos un factor infinito: el de la dignidad humana del trabajador!”. Recordando los postulados de la Constitución de 1949, Perón manifiesta: “...en rigor de verdad, todos los derechos del trabajador concurren a crear la personalidad del hombre que trabaja, a darle la plenitud de sus posibilidades en bien de la salud física y moral, para que pueda alcanzar la mayor felicidad posible” (Testa, 2019).

A su turno, el entonces Ministro de Salud, el Dr. Ramón Carrillo, en el referido congreso reseña la evolución de la Medicina del Trabajo desde Ramazzini en adelante, puntualizando especialmente las consecuencias de la revolución industrial. Apunta Carrillo: “...quiero señalar, como un hecho, que si la era industrial significó en todos los tiempos un retroceso en materia sanitaria, hoy estamos en condiciones de hacer que ella sea el puesto de avanzada de la salud obrera, de la salud de la comunidad”. Y cierra su mensaje con esta frase: “...queremos, en fin, con voluntad y fervor patrióticos, llegar en salud, bienestar y medios, a transformar la pesadumbre del trabajo, en la alegría del trabajo” (Testa, 2019).

Al presentar el plan de salud pública 1952-1958, Carrillo sostiene que deben intensificarse las acciones contra los “factores directos e indirectos de enfermedad,

especialmente en la lucha social contra las enfermedades que afectan a un gran número de personas, y en esa lucha el hospital es sólo un agente complementario”. En su categorización de la medicina en tres planos, asistencial, sanitaria y social, jerarquiza ésta última incorporando en el título III – Medicina Social entre los objetivos especiales, uno referido a “Trabajo. Higiene y Medicina Tecnológica”. El enunciado del objetivo no deja dudas de la importancia que le da el primer ministro de salud de la nación al tema: “Conservar la salud y mejorar la eficiencia biológica del trabajador, asegurándose que la fábrica, el taller o los lugares donde trabajan hombres, mujeres y niños sean compatibles con las normas sanitarias, la dignidad humana y necesidades fisiológicas y psíquicas del individuo, y no un ambiente propicio para el desarrollo de enfermedades” (Carrillo, 1975a).

Por primera vez en la historia argentina el derecho a la salud en general y del trabajador en particular, era asumido como una obligación del Estado. Sin embargo, nuevamente aparecen tensiones y conflictos de intereses que exceden el ámbito de lo sanitario, pero que marcan una impronta también en salud y que se expresan dramáticamente con la interrupción del mandato constitucional del segundo gobierno peronista y con la derogación de la constitución aprobada en 1949.

En otro gobierno peronista, entre los años 1973 y 1974 la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires con el Dr. Mario Testa como decano de la Facultad de Medicina, se creó el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT). Tuvo una vida efímera, pero muestra entre sus producciones más relevantes, el *Manual de Medicina de los Trabajadores*, que hace referencia a la experiencia del movimiento obrero italiano (MOI).

Los días 1, 2 y 3 de noviembre de 1973 se realizaron en el aula magna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires (UNPBA) las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, organizadas por el Instituto de Medicina del Trabajo perteneciente a dicha facultad. Asistieron aproximadamente 1.000 personas entre obreros, empleados, médicos, ingenieros, psicólogos, sociólogos y otros profesionales. En el transcurso de esos tres días, se discutieron posiciones científicas y se intercambiaron experiencias desde perspectivas diferentes. Obreros y profesionales trabajaron mancomunadamente en función de un objetivo: la reconstrucción nacional en el terreno de la salud.

Desde una mirada que contrastaba con la concepción sanitaria de la época, también el enfoque respecto de la salud del trabajador, se inscribía en un andarivel alternativo. En efecto, a la noción imperante que protegía la salud del trabajador para no resentir la productividad, asignando al médico de fábrica la función de instrumento de control a favor de la empresa, se le opone aquella que buscaba transformar a esos médicos en “epidemiólogos

del trabajo... para que pudiesen cumplir con la misión asignada en una patria liberada” (Testa, 2019).

Para cerrar este apartado vale mencionar que el MOI es otra referencia obligada al abordar la problemática trabajo-salud, con aristas muy destacadas, especialmente por la participación directa de los trabajadores, pero no exenta de costados frágiles que determinaron su ocaso. Al respecto Laurell sostuvo:

“Tal es la importancia del Modelo Obrero, que incluso en un momento llega a hegemonizar el campo de la medicina del trabajo y a generar un ambiente sociopolítico que impulsa la aprobación de la Ley de Reforma Sanitaria en 1978. Sin embargo, no es un proceso que carezca de contradicciones propias y derivadas del contexto político-económico en el cual se desenvuelve, por lo que conoce un retroceso y virtual estancamiento a principios de los ochentas” (Laurell, 1984).

4.2.5 De la sustitución de importaciones y la protección laboral, a las reformas neoliberales

El período 1930-1976 en Argentina, más allá de que desde el punto de vista de la política económica registra diferentes fases, alternando gobiernos democráticos y de facto de distinta base ideológica, se basó en la industrialización por sustitución de importaciones.

Según Jorge Katz la industrialización por sustitución de importaciones, que se fortaleció durante la segunda posguerra y fue acompañada por el auge del Estado de bienestar en el plano mundial, apuntaló el desarrollo de una trama industrial densa, pero tecnológicamente débil, es decir de baja competitividad para enfrentarse a productos de producción extranjera (Katz & Kosacoff, 1989).

En ese contexto, el sistema de relaciones laborales favorecía una baja flexibilidad contractual que marcaba una sostenida estabilidad en el empleo y una organización del trabajo “prototaylorista” que hacía más hincapié en el control y el disciplinamiento de los trabajadores que en implantar métodos de producción nuevos y eficaces. Si esto ocurría en los sectores industriales, en el tercer sector (servicios), ocurría algo parecido. La centralidad de las decisiones y el alineamiento automático de toda la organización en torno a los objetivos propuestos con un fuerte sentido de pertenencia e identificación con la misión, alcanzaba para ordenar el funcionamiento de la estructura, no sin ciertos rasgos autoritarios en los modelos de conducción, que congeniaban con el modelo de organización sanitaria basada en la planificación normativa que requiere para su implementación “poder concentrado con consenso en la base de la población” (Testa, 2014).

Ese era el escenario neuquino de la década de 1970, en el cual destaca un liderazgo carismático con fuerte consenso social, el de Felipe Sapag, y la decisión de poner en agenda el tema salud implementando un plan vertical, que requería unidad de mando y sólido alineamiento de todos los eslabones de la cadena. Ese esquema también implicaba disciplinamiento de la fuerza de trabajo. Una provincia recién nacida, con su primer plan de salud en desarrollo, pero con resultados que empezaban a destacar, con sólida conducción y alineación de sus componentes con fuerte sentido de pertenencia, despejó el panorama de conflictos laborales.

Hasta finales de la década de 1970 las relaciones laborales se asentaban sobre la base de negociaciones colectivas centralizadas, con un modelo unisindical fuerte asociado al rol sindical como agencia social prestadora de servicios, entre ellos, salud, asistencia social y turismo. El sindicalismo contribuyó a la construcción de la identidad, de la solidaridad y de la integración social de los asalariados industriales en la sociedad argentina. Su accionar principal no estaba asociado a la confrontación capital-trabajo y en cambio se asociaba con el capital para presionar al Estado con el objetivo de conseguir beneficios mutuos, aún en un escenario de disputa por la distribución de los mismos (Novick & Tomada, 2001).

La protección social durante la experiencia de la industrialización por sustitución de importaciones, estuvo orientada al desarrollo de mecanismos de seguridad social y de provisión de servicios básicos en una situación de cuasi pleno empleo. Durante muchos años en Argentina estuvo instalada una concepción “bismarckiana” de la seguridad social que se fundaba en una protección asociada al trabajo y de carácter contributivo, en sintonía con el régimen laboral. Tener trabajo, en un contexto de tasa de desocupación muy baja (2,5% a fines de la década de 1970) era sinónimo de protección, de integración social, reconocimiento y sentido de pertenencia. En suma, el período contó con un modelo de protección social basado en el principio de solidaridad intra e intergeneracional, de un grado considerable de desmercantilización de los servicios y prestaciones de carácter integral. Empero, ese modelo podría caracterizarse como de un universalismo restrictivo debido a que no logró superar algunas limitaciones de cobertura, ni de cierta estratificación (Novick et al., 2009).

La Dictadura cívico-militar instalada a partir de 1976 sentó las bases para el modelo neoliberal que alcanzó su máxima expresión durante la década de 1990, repercutió en las relaciones laborales y en consecuencia, en el perfil de salud de los trabajadores.

El mandato principal de los artífices de ese “proceso de reorganización nacional” era mejorar la competitividad y la productividad y para ello instauró una apertura de la economía que facilitó el ingreso desde el exterior de bienes, servicios, tecnología y capitales. Al mismo tiempo que se desregulaba, se producía una privatización desordenada, cuando no corrupta,

de activos públicos, desarticulando el esquema de protección social vigente. El argumento que sustentaba la política económica que tendría impacto en el mundo del trabajo, era que la mayor eficiencia permitiría recuperar dinamismo productivo en el contexto de una reasignación drástica de recursos. Con ese sustento se toman medidas, inscriptas bajo el lema de la “reforma y modernización del Estado”, que incluyeron la privatización de varias empresas estatales y de una especialización productiva con mayor peso de las importaciones aprovechando el abaratamiento relativo de los bienes extranjeros.

En ese contexto el Estado abandonó su rol de promotor del desarrollo para concentrarse en apuntalar el crecimiento regido por el mercado. Las políticas sociales pasaron a tener carácter subsidiario, reducido en gran medida a la administración de las prestaciones y el control social. Se pasó de un esquema amplio de servicios provistos por el Estado a una concepción de protección social restringida con transferencia de riesgos a la esfera individual (Boyer, 2006). Argentina pasó de ser uno de los países pioneros de la protección laboral y la seguridad social en América Latina para convertirse en un ejemplo de debilitamiento de la red de protección, lo cual tuvo efectos nocivos en la calidad de vida de gran parte de la población (Novick et al., 2009).

La “teoría del derrame” que postulaba que el crecimiento sostenido de la economía resultaría eficaz para el combate de la pobreza no se cumplió. Pese al crecimiento económico del 5% del PBI en promedio en el período 1991-1995 la tasa de desempleo casi se triplicó: del 6,9 % en mayo de 1991 al 18,4% en mayo de 1995 y por efecto de crisis externas, como fue el llamado “efecto tequila” con epicentro en México pero de repercusión mundial y otras crisis que le sucedieron a partir de 1998 y hasta 2002 el PBI argentino decreció a un ritmo promedio del 3% anual empeorando la matriz socioeconómica causando altos niveles de desigualdad y exclusión.

Con el telón de fondo de las políticas neoliberales que respondían a los postulados del “Consenso de Washington” y las indicaciones de los organismos internacionales de crédito, la desregulación del mercado de trabajo de la década de 1990 estuvo destinada a mercantilizar la mano de obra y rebajar la protección fuerte que los asalariados habían tenido en la etapa anterior (Novick & Tomada, 2001).

La desregulación se articuló mediante la reforma de las relaciones individuales de empleo y de las relaciones colectivas de trabajo que operaron entre 1991 y 1995. Ese proceso de reforma operó especialmente sobre el tipo de contratación, sobre las asignaciones familiares y sobre el régimen de accidentes de trabajo (Novick et al., 2009).

La sanción en 1991 de la Ley Nacional de Empleo (Ley N° 24013) estableció nuevas modalidades de contratación laboral, incluidas rebajas o eliminación de cargas sociales,

reforma en los métodos de actualización salarial a través de fórmulas que incluían productividad y se instituyó en primer “seguro de desempleo” y programas de empleo para los llamados “grupos especiales” de trabajadores. Sin embargo, ese sistema dejó de lado a gran cantidad de desempleados, sobre todo informales y formales que no cumplían con los requisitos exigidos en la ley. Entre los asalariados formales la amenaza de inestabilidad, la intensificación de ritmos y procesos de trabajo y deterioro de la protección impactó en la salud colectiva. A su vez la desocupación creciente y la consecuente exclusión del sistema de seguridad social generaron presión sobre un sector público de salud en proceso, o de deserción, o de escaso crecimiento frente a la demanda en aumento, lo cual impactó sobre los trabajadores de los equipos de salud recargados para dar respuesta.

Otra de las líneas de acción de la reforma neoliberal fue el cambio en las asignaciones familiares que se concentraron en los trabajadores formales de menores ingresos dejando fuera a los sectores más vulnerables que desempeñan tareas sin cobertura social formal.

Quizás la de impacto más directo en la salud de los trabajadores, incluidos los trabajadores de salud, consistió en una reforma del régimen de accidentes de trabajo que eliminó el concepto de culpa y habilitó las demandas civiles contra el empleador por dolo. También consagró la obligación de los empleadores, incluido el propio Estado, de contratar seguros de riesgos de trabajo. Aparecieron entonces las aseguradoras de riesgos de trabajo (ART), entidades que funcionan de modo similar a las administradora de fondos de jubilaciones y pensiones (Novick et al., 2009).

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo en convenio con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social generó en 2019 un informe que da cuenta de la situación actual del sistema de riesgos del trabajo, al que se asume como un subsistema del de Seguridad Social nacional.

En dicho informe se sostiene que la cobertura del accidente de trabajo y la enfermedad profesional es uno de los pilares fundamentales de los modernos sistemas de seguridad social y que se ha superado “la concepción inicial de la responsabilidad subjetiva del empresario (vinculada a una respuesta meramente indemnizatoria para resarcir el daño causado y exclusivamente en caso de existencia de culpa por su parte), transitando hacia un esquema de seguro obligatorio, basado en la responsabilidad objetiva y la protección integral del trabajador, de la persona” (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), 2019).

Así, la transición de un seguro voluntario entre partes, basado en una relación privada y en la teoría de la culpa, a un sistema asentado en la responsabilidad objetiva, con un carácter integral, universalista y solidario es precisamente lo que ha situado esta cobertura del

accidente y la enfermedad profesional en línea con la concepción de lo que es la protección social.

Desde 1995, con la publicación de la Ley 24557, comenzó a regir un sistema de riesgos del trabajo enmarcado en la seguridad social, con principios rectores similares a los descritos en los sistemas europeos. Desde ese marco legal se asume que los accidentes y las enfermedades profesionales afectan al bienestar de las personas y a sus derechos fundamentales y que es responsabilidad del Estado garantizar la salvaguarda de los mismos. El citado informe refiere que “aunque la ley no recoge de forma explícita esta cuestión, la realidad es que analizando el sistema vemos como el mismo contempla un conjunto de prestaciones además de la indemnización monetaria, como la rehabilitación o la readaptación, además de la vertiente preventiva. Por tanto, un sistema donde pesa la integralidad de la protección frente a las fórmulas puramente economicistas de los primeros seguros” (Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), 2019).

Sin embargo, pese a ese enunciado promisorio, persiste una tendencia orientada al resarcimiento del daño y el sistema no consolida dispositivos efectivos de protección integral de la salud física y emocional de los trabajadores en general, y de los de salud en particular.

Desde distintos sectores vinculados con el derecho laboral se ha criticado el sistema legal vigente, y en particular la Ley 27348, aprobada en 2017 y complementaria de la Ley de Riesgos del Trabajo 24557, por considerarlo ínsitamente contrario a los derechos de trabajadores y trabajadoras, toda vez que pone en cabeza de empresas privadas con fines de lucro (las ART), la prevención y reparación de los accidentes y enfermedades laborales. Fundan esa postura en el hecho de se trata de “empresas que tienen una lógica económica que va a contramano de los derechos e intereses de trabajadores y trabajadoras cubiertos por el sistema: a mayor respuesta del sistema (ergo, más y mejor cobertura a trabajadores), menor ganancia para las ART” (Asociación de abogados laboristas de Rosario, 2020).

Jorge Kohen interpreta que la reforma de la Ley de Riesgos del Trabajo persiguió el objetivo de beneficiar a las ART, impulsando una política contraria a los derechos de los trabajadores, al poner un cepo a los reclamos de los derechos de los trabajadores y a una justa y oportuna reparación de los accidentes y enfermedades laborales en la justicia. El autor sostiene que especialmente en el período 2015-2019 se abandonaron las políticas preventivas y con el argumento de luchar contra la industria del juicio se facilitó que la SRT dejara de controlar y exigirles a las ART. Por esa razón postula que para evitar más muertes evitables en los lugares de trabajo y la generación de enfermedades vinculadas con el trabajo, es necesario un cambio sustancial en la política de salud y seguridad de los trabajadores. “Debe iniciarse un proceso donde la prevención, la seguridad y la salud de los trabajadores estén en

el centro de las preocupaciones y se refleje en la legislación y en la direcciones de los organismos de control del estado y sobre todo en dar participación a los trabajadores en todos los niveles e instancias en que se juega la salud de los trabajadores” (Kohen, 2020).

4.2.6 Los sindicatos, las demandas y la conflictividad en Neuquén

Al menos una parte de la sociedad neuquina fue gestando en la medida que alumbraba el nuevo período democrático que se inaugura en diciembre de 1983, lo que Vicente Palermo identificó como “izquierda democrática” (Palermo, 1988). En el horizonte de exigencias seguía apareciendo la “liberación nacional” o el “proyecto revolucionario antiimperialista” sustentado en una forma de gobierno democrática (Rafart, 2021). Efectivamente, Neuquén fue una provincia receptora de muchos exiliados internos durante la última dictadura cívico-militar, varios de ellos integrantes del equipo de salud.

“... la Patagonia en general y Neuquén en particular, se convierte en un lugar receptor de los 'exiliados internos', por su lejanía de los centros urbanos y la baja densidad poblacional, situación elegida por los militantes perseguidos en las grandes ciudades, como Córdoba, La Plata, Bs.As., Rosario, etc. Muchos se instalan en el área rural y otros se quedan en la ciudad de Neuquén, al amparo del obispo y de la APDH. Es importante señalar en este orden de cosas, que Neuquén es un espacio de acogida de exiliados políticos, tanto chilenos como argentinos, producto de las dictaduras de ambos países, los que reeditan el imaginario territorialiano que constituye a la Patagonia como tierra de nadie y horizonte de utopía. Interviene fuertemente la necesidad de aceptar, por un lado, que no pueden quedarse en su lugar de pertenencia y, por otro, que no pueden continuar con la militancia política social, centro de su vida. Por ello, la provincia es al mismo tiempo, tierra de exilio y espacio donde la militancia anterior puede resignificarse al amparo de la iglesia” (Favaro, 2001).

En este recorte de un texto de la Dra. Orietta Favaro titulado *Neuquén durante la dictadura militar, 1976-1982. ¿"Continuidad de un modelo de desarrollo"?*, se mencionan dos situaciones que confluyen y se complementan. Por un lado, la presencia en Neuquén de personas con militancia política y social, que, viviendo su exilio interno, buscaban resignificar su vida sin perder sus convicciones, y el amparo de la iglesia en cabeza del Obispo Jaime De Nevares. Unos años antes, De Nevares, recién nombrado obispo de Neuquén, fue quien intercedió en favor de los obreros de la construcción que protagonizaron una serie de huelgas, la última de las cuales, paralizó durante 45 días la construcción de la represa El Chocón-Cerros Colorados sobre el río Limay, desde febrero hasta fines de marzo de 1970. Esta etapa del reclamo fue la más violenta, debido a que 800 policías fueron enviados a recuperar la

central ocupada por los obreros. Los dirigentes fueron trasladados a Buenos Aires en un avión militar y liberados ante la presión popular y la decidida participación de Jaime De Nevares, que permitió superar uno de los eventos insurreccionales protagonizados por la clase obrera durante la dictadura de Juan Carlos Onganía.

Sirva esa referencia para mencionar que en Neuquén se fue gestando una matriz social, gremial y política que encontrará expresión en iniciativas en favor de los derechos colectivos, especialmente, como se mencionó, con el retorno de la democracia en 1983.

Neuquén, como refiere el historiador Fernando Aiziczon, destaca en la escena nacional por sus altos y persistentes niveles de conflictividad social surgidos como respuesta y señal de resistencia ante los embates del neoliberalismo que el colectivo entendía que cercenaban derechos. Las puebladas de Cutral Có y Plaza Huincul en 1996 y 1997 como reacción a la situación vivida en la comarca petrolera neuquina como consecuencia de la privatización de YPF, la recuperación de empresas con el caso emblemático de la Cerámica Zanon Bajo Control Obrero, o la notable combatividad del gremio docente durante la década de 1990 y la primera del siglo XXI, en una de cuyas expresiones fue asesinado el maestro Carlos Fuentealba en abril de 2007, son sólo algunos ejemplos. Ante este perfil de reacciones, este autor sostiene que para conceptualizar estas protestas hay que evitar tildarlas solo de estallidos o huelgas salvajes. Por el contrario, propone analizar la cultura política que ha privilegiado el uso de la protesta social como práctica predominante en Neuquén. “La protesta por sí sola no debe entenderse como el único fenómeno emergente en los años ‘90 en Neuquén, aunque sí lo que ocurre es una resignificación de ella mediante prácticas, representaciones, imaginarios, que existían”. En suma la protesta deviene “elemento central de una cultura política sólo por intermedio de determinadas prácticas sociales que ganan en visibilidad” (Aiziczon, 2008b).

Esa persistencia, empero, no impidió sostener la hegemonía del MPN en el escenario provincial desde 1983 (Rafart, 2021). Como en otras latitudes argentinas, también en Neuquén, la protesta social y la resistencia a las políticas neoliberales estuvo protagonizada en gran medida por los sindicatos del sector público, siendo la Asociación Trabajadores del Estado (ATE) el más activo. ATE abrió sus puertas a la participación de sectores no sindicalizados, lo cual potenció las acciones directas que trascendían las prácticas que hasta ese momento eran las esperables por parte de un gremio, como huelgas o movilizaciones.

Con el antecedente en Neuquén de una pueblada en la localidad de Senillosa en 1994, son los eventos de Cutral Có y Plaza Huincul de 1996 y los del año siguiente, los hitos que inauguraron la fase ascendente de la resistencia a las políticas neoliberales, estrenando el “piquete” como expresión de protesta, y emergiendo un nuevo actor social, el “piquetero”.

Como sostiene Palomino, los sindicatos fueron quizás el actor social que sufrió de lleno el impacto de los cambios que se gestaron al calor del neoliberalismo (Palomino, 2005). Habían liderado la resistencia a las políticas de ajuste que intentaba implementar el radicalismo en el poder (1983-1989) y habían apoyado la llegada de Carlos Menem a la presidencia para luego ser desplazados de la escena política. Los cambios en el mundo del trabajo con la emergencia de la desocupación de grandes grupos de trabajadores que traen con sus reclamos nuevas formas de expresión, obligaron a los sindicatos a redefinir su composición incorporando a los trabajadores desocupados y desamparados por sus organizaciones originales y a adoptar nuevos formatos de protesta que estos colectivos traen. La combinación de sindicatos del sector público, con ATE y ATEN (Trabajadores de la Educación) asumiendo la resistencia y acompañando a estas otras expresiones surgidas por efecto de las políticas de exclusión, alimentaron ese perfil combativo que caracteriza al Neuquén de finales del siglo XX y comienzos del XXI y que en el sector salud asumirá como bandera la conquista de un convenio colectivo de trabajo (Aiziczon, 2008a).

Particularmente la historia de ATE en Neuquén reconoce su origen con el regreso de la democracia en 1983. En efecto, en diciembre de ese año, un sector combativo de los estatales neuquinos que provenía de ANEOP, desarticulada durante la dictadura cívico-militar y de UPCN a quienes acusaban de “traidora” por su permanente actitud de acuerdo con los sucesivos gobiernos a espaldas de los intereses de los trabajadores, funda el Sindicato Único de Trabajadores del Estado Neuquino (SUTEN).

Hacia 1988, ya SUTEN se había transformado en ATE Neuquén y organizó en noviembre el primer congreso provincial de delegados con la presencia del Secretario General de ATE nacional, Víctor De Gennaro, quien además criticar al gobierno neuquino por “anacrónico” en presencia de representantes del gobierno local, hizo hincapié en impulsar los convenios colectivos de trabajo para el sector público, argumentando que el Congreso Nacional ya los había aprobado al ratificar el convenio 151 de la OIT. Sin embargo, comenzando la década de 1990 el foco se centró en la resistencia a las políticas neoliberales. En Neuquén, siguiendo al gobierno nacional, se había instaurado el “presentismo” en 1991. Se inicia un reclamo con activa participación y movilización gremial que culmina con la aprobación en la legislatura provincial de una ley (Ley Provincial N° 1888) que estableció un aumento salarial del 70% y el pase del “presentismo” al ítem “zona desfavorable” que pasa de representar el 20% del salario al doble. De alguna manera ese momento, en el cual la protesta sindical no se limita a una movilización aislada o un pedido de dirigentes, sino a una expresión masiva de trabajadores, marca el inicio de un proceso que pondrá a esa organización gremial en el centro de la escena de la mano de la propuesta de un “nuevo modelo sindical”. Ese

modelo se funda en la independencia del Estado (defensa del trabajador sin tutoría del gobierno) y democratización organizativa (voto directo de afiliados y resoluciones en asambleas). En 1993 es el sector Salud el protagonista de un largo conflicto con eje en el pedido de pase a planta de contratados, la reinstalación de las residencias médicas, la implementación de la carrera sanitaria y más tarde la resistencia a la propuesta nacional de implementar el “hospital de autogestión” (Aiziczon, 2008a). Interpretese estos episodios solo como los primeros ejemplos de la dinámica que caracteriza en Neuquén la relación Estado (gobierno) – trabajadores (gremio).

En lo que refiere al tema de este apartado, resulta de significativa importancia que en Neuquén se consolida una postura activa de los trabajadores y sus representantes gremiales, que excede las cuestiones meramente salariales y ponen en agenda temas que impactan directa o indirectamente en la salud del trabajador. Entre ellos la defensa de la obra social provincial y el reclamo de su manejo por parte de los trabajadores vía modificación de la Ley 611, la protección de la caja de jubilaciones y especialmente, la instalación de convenios colectivos de trabajo (CCT) en los distintos sectores de la administración pública provincial.

4.2.7 Los convenios colectivos de trabajo y su relación con la salud del trabajador

El derecho a la negociación colectiva integra el conjunto de derechos humanos en el ámbito laboral y, como tal, es reconocido por las normas internacionales y constitucionales. Constituye una pieza básica del llamado “bloque de constitucionalidad”, por lo que se sitúa en la cúspide de los ordenamientos jurídicos nacionales. La negociación colectiva se encuentra estrechamente ligada al resto de los derechos y de las libertades civiles, tal como lo señaló la OIT en su Resolución sobre los derechos sindicales y su relación con las libertades civiles, al reconocer que los derechos conferidos a las organizaciones de trabajadores y de empleadores se basan en el respeto de las libertades civiles enumeradas, en particular, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el Pacto internacional de derechos civiles y políticos, y que el concepto de derechos sindicales carece totalmente de sentido cuando no existen tales libertades civiles.

La negociación colectiva opera como un modo de producción jurídica muy especialmente calificado, dado que permite tanto un ejercicio democrático de parte de los actores en la regulación del trabajo como una participación connotada de los trabajadores y de los empleadores en la fijación de las condiciones de trabajo. “Por este motivo algunos

autores han mentado a la negociación colectiva como un ‘derecho a obtener derechos’” (Barretto, 2019).

Los CCT funcionan como un marco útil para resolver los problemas del ámbito laboral más frecuentes, y de esta manera prevenir conflictos futuros.

Los CCT se vinculan con la salud del trabajador. Esto es así, porque en un CCT se incluyen cuestiones tales como: condiciones de trabajo detalladas para asegurar la operatividad del trabajador, medidas y opciones de promoción laboral en los equipos de trabajo, cuestiones relativas a la jornada de trabajo, relaciones con las representaciones gremiales, herramientas enfocadas a potenciar la igualdad en el ambiente profesional, para evitar conductas que puedan potenciar el acoso laboral y/o la discriminación por razón de género, religión, etnia o edad y mecanismos para su revisión y actualización periódica.

Es esperable que los CCT reflejen los acuerdos alcanzados en materia de seguridad e salud en el trabajo en el ámbito de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Carlos Aníbal Rodríguez hace un análisis exhaustivo de los principales convenios aprobados, mencionando entre ellos el Convenio N° 187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo de 2006 (Rodríguez, 2009).

El informe de la OIT titulado *Trabajo sin riesgo y cultura de la seguridad*, antecedente del Convenio N° 187 hace hincapié en desarrollar la “cultura de la seguridad”. Ese informe surge luego de la Conferencia Internacional del Trabajo de junio de 2003, y plantea que:

“Una cultura nacional de prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo implica el respeto del derecho a gozar de un medio ambiente de trabajo seguro y saludable en todos los niveles. Esta cultura supone la participación activa de los gobiernos, los empleadores y los trabajadores para asegurar un medio ambiente de trabajo seguro y saludable a través de un sistema de derechos, responsabilidades y deberes definidos, así como la atribución de la máxima prioridad al principio de la prevención” (Organización Internacional del Trabajo - OIT, 2004).

Rodríguez señala que tanto el documento preparatorio mencionado como el mismo Convenio N° 187 hacen una referencia especial a la cultura nacional de prevención en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. El autor destaca que “formular y aplicar una política, un sistema y un plan a mediano plazo requiere toda la colaboración y energía disponible”, motivo por el cual coloca esta cita debajo del título “El Convenio, el diálogo social y los convenios colectivos” relacionando la cultura de la seguridad con los CCT y en consecuencia, con la salud de los trabajadores. Iguales consideraciones le merecen al autor, la aplicación efectiva

de los enunciados de otros convenios, como el 161 referido a servicios de salud en el trabajo y el 155 de seguridad y salud de los trabajadores (Rodríguez, 2009).

Contar con un CCT específico para el sector salud en Neuquén debe colegirse, como se mencionó en el apartado anterior, fue fruto de una lucha gremial de muchos años. En el contexto de las nuevas morfologías que el trabajo fue adoptando desde finales del siglo XX, con aristas caracterizadoras tales como la precarización, la flexibilidad, la inestabilidad y la tendencia a tercerizar servicios, incluidos algunos propios del sector salud, los CCT aparecen como instrumentos al menos atenuantes, de los efectos que esas condiciones generan sobre la salud de los trabajadores. Se mencionó antes que la aprobación del CCT para el sector salud en Neuquén en 2018, amplió derechos, algunos especialmente vinculados con aspectos del trabajo, y que de no ser atendidos atentan contra la salud del trabajador (licencia por estrés, regímenes laborales, licencias por enfermedades). Sin embargo, es menester profundizar el estudio de la situación laboral, los ambientes y las condiciones de trabajo, para propiciar adecuaciones de los CCT de tal manera de constituirlos en instrumentos a favor de la salud integral individual y del conjunto del equipo de salud.

4.3 Trabajar en salud y culminación anticipada de la vida laboral

4.3.1 El trabajo en salud y el equipo de salud como representación social

Una aclaración que entendemos corresponde en este punto es que, al analizar el trabajo en salud y algunas cuestiones que caracterizan a las instituciones de salud, lo hacemos en referencia al sector público que es objeto de este estudio. Algunos de los puntos comentados en este apartado tienen ribetes diferenciales cuando se trata del sector privado que no se abordan en este análisis.

4.3.1.1 Trabajar en salud

Para analizar el trabajo en el campo de la salud frecuentemente se apela a la lógica del trabajo industrial, aunque ese paralelismo no se ajusta a la realidad de esta actividad, típica del sector terciario de la economía (servicios). Esto es así, porque las acciones sanitarias pueden ser catalogadas como servicios de personas para personas, por lo que el fruto de ese esfuerzo no es un bien tangible, sino un servicio que en simultáneo se produce y se consume, sin que se pueda predecir las cantidades producidas, simplemente por la dificultad para mensurar lo que Emerson Merhy llama, “producción del cuidado” (Merhy, 2006).

Los resultados del equipo de salud dependen, en gran medida, de la calidad de la integración de saberes científicos y normalizados (modelos industriales) combinados con destrezas y habilidades resultantes de la tarea artesanal (modelo artesanal), donde los trabajadores conforman el núcleo central e imprescindible de ese proceso de articulación.

Cuando se fuerza la aplicación de la lógica industrial al campo de la organización y la gestión en salud, imponiendo criterios rígidos de producción y control al modo taylorista, resulta inevitable afectar el vínculo del trabajador de salud con la persona que solicita atención. Esto es así porque la dimensión relacional del proceso de trabajo en salud hace a la esencia de esta actividad. A diferencia del proceso de fabricación de un bien, donde el trabajador opera una máquina para transformar una materia en el objeto buscado en una relación lineal, en salud el centro de atención no es un objeto sino un sujeto, que en virtud de su condición de tal interactúa con el trabajador de salud (Spinelli, 2018).

Esa persona que pone sobre la mesa sus necesidades, trae consigo una historia y una manera de mirar la vida fruto de la cultura a la que pertenece. Ese sujeto que recrea “hechos sociales” que al decir de Émile Durkheim, son maneras de actuar, de pensar y de sentir que presentan la notable propiedad de existir por fuera de las conciencias individuales y anteriores a la existencia de cada individuo (Durkheim, 2006, p. 40). Aunque existe en ese vínculo una lógica asimetría de información ya que justamente la persona acudió a quien o quienes supone pueden resolver lo que le preocupa porque disponen del conocimiento que a ella le falta, en ese vínculo confronta el saber e intereses del profesional con los del sujeto que es centro de la atención.

Spinelli destaca la necesidad de colocar el tema del trabajo en la agenda de las organizaciones de salud, porque considera que no es suficientemente abordado por las mismas, en tanto resulta excepcional que los trabajadores de los hospitales sean convocados para hablar y pensar el “proceso de trabajo” y si lo hacen no es raro que siga la lógica del trabajo industrial. El pensar el trabajo realizado en situación, refiere Spinelli, se fundamenta en que el trabajo en salud se caracteriza por la alta autonomía en la base de la organización, tal la descripción de Mitzberg de las burocracias profesionales, como estructuras altamente descentralizadas, tanto en la dimensión vertical como la horizontal (Mintzberg, 2000). Efectivamente, el trabajador de la salud, no es un operario manual, sino que es un trabajador del conocimiento, motivo por el cual el lenguaje –verbal y no verbal– es central en su proceso de trabajo. “El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento, hace cosas con palabras. Cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica, expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad. Y en ese proceso puede transformarse el trabajador del conocimiento en un trabajador nómada, dado que el trabajo puede producirlo

en cualquier lado, a diferencia del trabajador manual que necesita estar al lado de la máquina” (Spinelli, 2010).

En este proceso de interacción, mediado por el lenguaje de palabras y gestos, adquieren importancia componentes de la intersubjetividad ausentes en el proceso industrial. Así, en la “producción de cuidado” la empatía, el afecto, la confianza y el respeto, se transforman en los cimientos del vínculo entre el trabajador de salud y la persona que demanda atención. En esa relación se pone en juego tanto la subjetividad de esa persona y su grupo de pertenencia, familia y grupo social, y también la del propio trabajador de la salud.

4.3.1.2 El trabajo vivo en acto y las tecnologías

Antunes afirma que pese a la reestructuración productiva impuesta por el capital, condicionada por el enorme impacto de las mutaciones tecnológicas, no puede eliminarse cabalmente el trabajo vivo del proceso de generación de mercancías (Antunes, 2013). Si esto es evidente en la industria, resulta más elocuente cuando se trata de servicios, especialmente en el campo de la salud.

Emerson Merhy sostiene que el proceso de trabajo en el campo de la salud tiene en la producción subjetiva del cuidado su razón de ser, constituyéndose como “trabajo vivo en acto”. El trabajo vivo en acto transcurre en el momento del acto productivo en el cual el trabajador despliega su máximo potencial creativo y de libertad, aunque ésta acotada por las etapas previas, en las cuales hay o “trabajo muerto”, o una combinación de ambos. En efecto, Merhy describe esquemáticamente la secuencia de la producción involucrando en primera instancia a la materia prima que se empleará para producir, que fue a su vez producto de trabajos humanos anteriores, pero al momento de ser utilizados como material necesario para otra producción se expresa como trabajo muerto. Lo mismo ocurre con las herramientas que se emplearán e inclusive con la organización de la tarea y el saber tecnológico. Estas últimas, en tanto sistematización anterior, son trabajo muerto, pero al incorporarse al proceso productivo dependiendo de la participación activa del trabajador son al mismo tiempo trabajo vivo. Pero claramente, dice Merhy, “el momento del trabajo en sí, expresa el trabajo vivo en acto” en forma pura (Merhy, 2006).

El “trabajo vivo en acto” refiere a un proceso protagonizado por sujetos que pueden desplegar su creatividad aprovechando los márgenes de libertad que la propia actividad otorga, siendo el trabajo en salud un buen ejemplo de ello. Por esa razón para el caso analizado, el producto del trabajo no puede ser desvinculado del trabajador que lo ejecuta porque se realiza en el mismo proceso de producción. Y esto es así porque como ya se mencionó, en salud el acto de producción y el acto de consumo ocurren al mismo tiempo. Esta

particularidad del proceso de trabajo de los trabajadores de la salud pone un límite a la captura del trabajo muerto por el trabajo vivo que nunca puede ser total.

Merhy clasifica a los medios de trabajo, o tecnologías que operan durante el proceso de trabajo, en duras, duras-blandas y blandas. Las máquinas, los equipos, los instrumentos y las estructuras organizacionales son para Merhy tecnologías duras, tienen una finalidad específica, y básicamente están constituidas por trabajo muerto. Las tecnologías duras requieren de un conocimiento previo, que pone un límite a los márgenes de libertad del trabajador a la hora de abordar el objeto de trabajo. Las tecnologías duras-blandas son los saberes estructurados con los que cuentan los trabajadores de la salud por su formación previa, pero que al mismo tiempo puede flexibilizarse y particularizarse de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Son ejemplo de ellas las destrezas y habilidades aplicadas a la atención o las guías de práctica que han sido estandarizadas para perfeccionar el accionar del trabajador, pero pueden flexibilizarse ante cada situación concreta. Por último, se encuentran las tecnologías blandas, imprescindibles para trabajar con un objeto de trabajo que es un sujeto, y que, en su condición de tal, participa activamente en una instancia de intercambio con el trabajador. Dichas tecnologías se construyen en el proceso intersubjetivo que es la producción del cuidado, a través de los espacios de diálogo en un escenario vincular que tiene la singularidad irrepetible de cada encuentro. Por esa razón Merhy sostiene que el cuidado es un acontecimiento productivo intercesor, que gesta lo que él llama “intersección compartida”. En el proceso de trabajo en salud, a diferencia de otras actividades humanas se produce un encuentro entre el agente productor (trabajador de salud) portando las herramientas con las que cuenta (tecnologías duras y duro-blandas) y el agente consumidor (la persona que acude demandando cuidado) que es objeto de la acción del productor, pero que, en acto, al colocar sus representaciones, sus experiencias e intenciones, es al mismo tiempo productor. La persona que demanda atención persigue la finalidad de la salud como algo útil, la salud como algo que le permitirá “estar en el mundo y poder vivirlo” de acuerdo a su mirada y concepción, coincidiendo o no con la perspectiva del trabajador de salud (Franco & Mehry, 2016).

Sostiene Merhy:

“Cuando un trabajador de salud se encuentra con un usuario al interior de un proceso de trabajo, en particular clínicamente dirigido para la producción del cuidado, se establece entre ellos un espacio intercesor que existirá siempre en sus encuentros, pero solo en sus encuentros, y en acto” (Franco & Mehry, 2016).

Estas tecnologías blandas, que incluyen también a la gestión como forma de gobernar procesos de trabajo, no pueden ser nunca completamente capturadas por el trabajo muerto, razón por la cual el proceso de trabajo en salud no puede asimilarse a la lógica estandarizada del trabajo industrial (Merhy, 2006).

“El trabajo en salud está centrado permanentemente en el trabajo vivo en acto, un poco a semejanza con el trabajo en educación. Es diferente de otros procesos productivos en los cuales el trabajo vivo en acto puede y debe ser encuadrado y capturado globalmente por el trabajo muerto y por el modelo de producción...” (Merhy, 2006).

Gastão Wagner de Sousa Campos señala que la defensa de la vida debiera constituir el componente obligatorio del campo de responsabilidades de todo profesional de salud y esa actitud respecto de la vida en consecuencia, también debiera ser el trazo distintivo de los servicios de salud (Campos, 2001). Si esa arista es esencial, la evaluación de los equipos de salud debe incluir el análisis el juego de intencionalidades que se ponen en juego.

“En el trabajo en salud no cabe juzgar si los equipos son buenos o malos sino por qué razones instrumentales los están constituyendo y dentro de que juego de intencionalidades, cabiendo preguntar sobre que modelado de tecnología del trabajo vivo en acto se está operando...y el lugar que usuarios/necesidades y los trabajadores/necesidades ocupan, como intenciones, en la red de relaciones constituida...” (Merhy, 2006).

4.3.1.3 Autonomía, poder y control

El aprovechamiento de las tecnologías duro-blandas y sobre todo, las blandas, otorga a los trabajadores de salud un amplio margen de libertad en la acción. Es la autonomía de las burocracias profesionales a la que se refiere Mitzberg, que evidencia las limitaciones del modelo taylorista de control, sumando complejidad al campo de la salud (Spinelli, 2010).

Es por esta razón que la estructura piramidal propia de una organización fabril con la cúpula directiva en la punta controlando lo que hace la base, no corresponde a la organización hospitalaria. Mintzberg habla de una pirámide invertida para poner de manifiesto la amplia autonomía de la base y sostener a su vez que el hospital es una de las organizaciones más democráticas (Mintzberg, 2000).

Al interior del hospital, no obstante, esa base que goza de autonomía en la acción, aparece como una trama compleja y de relaciones asimétricas. El saber biomédico es el que domina la burocracia profesional y establece una división técnica y social del proceso de trabajo.

Los hospitales funcionan con compartimentos que se vinculan entre sí con distintos niveles de fluidez, pero que sostienen una lógica de servicios cada vez más específica, fruto de la complejización del conocimiento, lo que permite a los trabajadores de cada sector y sus conducciones, controlar su proceso de trabajo. Esto ocurre también en hospitales pensados originariamente con una organización diferente, como los ordenados por cuidados progresivos. A su vez, hacia el interior de cada servicio, donde conviven múltiples ocupaciones, profesionales y no profesionales, se genera una división de acuerdo al grado de control que tienen con su saber sobre las distintas tecnologías, sean estas duras o duro-blandas. En estas organizaciones son los médicos los que tienen el poder de conducir el proceso de trabajo, con los mayores márgenes de autonomía dentro de los equipos de salud. Actualmente esto es más evidente en el sector público, ya que en el sector privado, la aparición de otro actor –los inversores– que muchas veces no solo no son médicos, sino que además no provienen del sector salud, asumen una posición dominante que marca el devenir institucional (empresarial) (Testa, 2014).

El ejercicio del poder fruto de la capacidad de manejo autónomo de los trabajadores no es simétrico, y, de hecho, aun teniendo un peso proporcional mayor, otras profesiones como enfermería, tienen una cuota de poder sustancialmente menor. Estos últimos se encuentran más ligados a la vida hospitalaria y tienden a sentir mayor pertenencia a la organización que los profesionales que se caracterizan por tener más identificación con su profesión que con la organización donde la practican, especialmente cuando su vínculo no es de dedicación exclusiva.

¿Cómo se ejerce el poder en los hospitales?, ¿cómo se distribuye el poder dentro de las organizaciones de salud?, ¿es congruente esa distribución con las jerarquías formales?, ¿cuál es el margen de decisión local?, ¿cómo se administra el poder en organizaciones que son redes de conversaciones, a veces de alta y a veces de baja calidad?, ¿cómo se controlan y auditan a los que detentan el poder?, son algunos de los interrogantes que surgen al acercarse a analizar este tema (Flores, 1997).

Respecto de las derivaciones que tiene esa asimétrica distribución del poder hacia el interior de las organizaciones de salud, Howard Waitzkin y Barbara Waterman, analizan la mirada que sobre el tema tienen tres sociólogos estadounidenses: Talcott Parsons, Elliot Freidson y David Mechanic que han explicado los fenómenos médicos desde un marco teórico más amplio mostrando diferencias entre sí (Waitzkin & Waterman, 1981).

Parsons admite la existencia de asimetría de información lo cual conforma una fuente de estratificación. Es lo que la economía institucional se plantea como una de las fallas del mercado de la salud y que genera que el que consume no decide y el que decide no paga

(Ortún Rubio, 1990). Sin embargo, Parsons le resta importancia a la estratificación resultante, argumentando que el diferente grado de información puede solucionarse mediante la confianza, asumiendo una postura excesivamente optimista respecto de la capacidad de autorregulación de la profesión médica.

Por su parte Freidson sostiene que la autonomía que las profesiones tienen para controlar las condiciones de sus actividades profesionales cotidianas, representa la principal amenaza para los “clientes” y el público en general. A diferencia de Parsons no confía en la capacidad de la profesión para regularse a sí misma mediante patrones normativos generales y duda sobre la continuidad entre patrones normativos y comportamiento empírico de los médicos. Para Freidson, la incapacidad de la profesión médica para regularse a sí misma atenta contra la calidad de atención médica. Reconoce que cuando existe una distribución diferencial del conocimiento técnico surge la dominación profesional, pero según Waitzkin “resulta sorprendente el optimismo de Freidson acerca de la práctica médica privada basada en un pago directo de honorarios por servicio” como forma de contrarrestar el poder médico al tener una supuesta libertad de elección, que para los estratos más desprotegidos no es tal. Los mecanismos administrativos de control propuestos por Freidson, según Waitzkin y Waterman, solo serían efectivos si no fuesen médicos los auditores y yendo más en profundidad sostienen que los controles requeridos para un cambio efectivo en las relaciones de poder solo son posibles en el marco de cambios sociales mayores, ya que la medicina está íntimamente ligada a los subsistemas de la sociedad.

David Mechanic centra su enfoque en el comportamiento enfermo que para él son las acciones de las personas en respuesta a los síntomas. Ese comportamiento está influido por experiencias previas y por la información recibida sobre los síntomas, y la variabilidad de respuesta depende del tipo de persona, más que del tipo de institución y de personal médico. Mechanic se ocupa del dolor individual y no de la enfermedad social, cuando la teoría social, refieren Waitzkin y Waterman, debe ir más allá que limitarse a describir la adaptación, para incluir problemas del cambio.

Gastão Wagner de Sousa Campos advierte que el gran nivel de autonomía del que disponen los trabajadores de la salud, ha sido utilizado para la defensa de sus propios intereses corporativos más que para la construcción de proyectos terapéuticos eficaces.

“Uno de los principales secretos para asegurar calidad en salud estaría en una adecuada combinación de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores. Habrá que inventar modos de gerencias que no castren la iniciativa de los

trabajadores no dejen a las instituciones totalmente a merced de las diversas corporaciones profesionales” (Campos, 1997)

Lograr el equilibrio entre cierto margen de autonomía y distribución de tareas con la responsabilidad que implica llevarlas a cabo resulta central para ser eficaz y dar soluciones a los problemas de salud pública. Dilucidar y acordar los espacios y roles que juegan las asociaciones gremiales y los distintos grupos con intereses particulares, en esa trama compleja, es parte del listado de aspectos a abordar para comprender la organización hospitalaria con intención de mejora, especialmente cuando se intenta poner el foco en el cuidado de la salud del trabajador.

4.3.1.4 Especialización y alienación

Darle centralidad al trabajo en cada equipo de salud, implica llenar de sentido y significados los actos, y esto según Campos, se vuelve fundamental para evitar la alienación del trabajo en salud. Este autor recuerda que Franco Basaglia, combatió con dureza la rigidez de la especialización en los servicios de salud mental, demostrando que junto con el supuesto aumento del saber del especialista vendría siempre el monopolio del conocimiento, o el argumento de autoridad y lo más nocivo aun, la fragmentación del proceso terapéutico según una lógica ajena a las necesidades de los enfermos (Basaglia, 1970).

La ausencia de redes que den sentido y significado al trabajo, que generen sentimientos de pertenencia e identidad podrían producir lógicas alienadas, que impactan en el proceso de trabajo y la salud de los trabajadores; lógica que provoca en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alejamiento, desinterés de sus trabajadores, así como la fragmentación en los procesos de trabajo.

Para Campos la organización parcelar del trabajo en salud y la consiguiente concentración del profesional solo en una determinada etapa del proyecto terapéutico produce alienación. Ese trabajador al no sentirse un sujeto activo en el proceso diseños del plan y del proceso de rehabilitación pierde contacto con elementos que podrían estimular su creatividad para volcarla a la construcción colectiva, pero, además, esa alienación diluye la responsabilidad respecto del objetivo final de la intervención.

“La fijación de la inteligencia y la disciplina fragmentada del proceso de rehabilitación o de promoción de la salud, no solamente embrutece al profesional como lo agobia. Concentrarse en actos vaciados de sentido, o cuyo sentido depende de una continuidad que el trabajador no sólo no controla, sino que hasta desconoce, todo esto termina produciendo un patrón de relación con

el saber y con la práctica profesional burocratizada. No hay vocación que resista a la repetición mecánica de actos fragmentarios. Trabajar en servicios de salud así estructurados llega a transformarse en un suplicio insostenible” (Campos, 1997, p. 107).

Una vez más, sugiere Campos, el desafío es buscar un equilibrio entre características polares y antagónicas, inventando modelos que rescaten las potencialidades en este caso de la especialidad y de la mirada holística. “Combinar grados de polivalencia con cierto nivel necesario de inevitable especialización” (Campos, 1997).

4.3.1.5 La co-producción simultánea de valores de uso y sujetos

Gastão Wagner de Sousa Campos sostiene que las instituciones de salud existen para producir valores de uso y realización personal de los trabajadores (Campos, 2009). Con este enfoque se asume que “la realización personal de los trabajadores pasa a ser también un objetivo de la institución y no simplemente un medio para aumentar la producción” (Onocko Campos, 2008). Este doble objetivo, permite trabajar con énfasis en los fines, apreciando al mismo tiempo lo que le ocurre a los sujetos que allí trabajan, o dicho de otra manera, “sin caer en la manipulación de los sujetos” (Onocko Campos, 2007). Es por ello, que tampoco resulta indiferente las tecnologías de trabajo utilizadas, ya que producirán diferentes relaciones de los trabajadores con los usuarios y también entre ellos. Aquellos procesos de trabajo estructurados en función de tecnologías duras-blandas y duras producirán formas de trabajo estandarizadas, estructuradas y rígidas sin dar margen a la creatividad. Valorar excesivamente el poder de las técnicas de objetivación y de uniformización genera una exigua o nula relación intersubjetiva. Al mismo tiempo establece relaciones de tipo jerárquico al interior de los equipos en función del grado de control que tienen los trabajadores sobre estos procedimientos (Testa, 2014). En cambio las lógicas de trabajo que incorporan las tecnologías blandas, tienen la potencialidad de favorecer la mirada integral del usuario, implicando a todo el equipo de salud (Merhy, 2006).

“Los trabajadores de salud son el producto del sistema de relaciones en que están sumergidos, pero son al mismo tiempo productores de ese mismo sistema. Son sujeto y objeto en el mismo momento y durante todo el tiempo” (Campos, 2001, p 115).

Mientras que en las organizaciones contemporáneas se ha perdido en cierta medida el reconocimiento del otro como ser singular, en el campo de la salud, y particularmente en el encuentro entre pacientes y trabajadores de salud, es el conocimiento mutuo lo que genera un lazo de confianza. El vínculo tiene la potencialidad de mejorar y ampliar la clínica. “Si

conocemos ese paciente, la forma en que lidia con su enfermedad y hasta el tipo de respuestas biológicas que presenta, es menos angustiante tomar decisiones. Esto es muy evidente en casos de enfermedades crónicas como diabetes, asma, hipertensión, etc” (Onocko Campos, 2008, p. 126).

Esta forma de trabajo requiere un conocimiento previo entre trabajadores y usuarios que permita construir con tiempo un vínculo afectivo sobre el cual se asienten las prácticas del cuidado. Nuevamente se hace hincapié en que estas formas también producen una subjetividad de otro tipo entre los propios trabajadores.

A partir de pergeñar un estudio sobre el trabajo en equipo, Gastão Wagner de Sousa Campos propone un método para analizar y gerenciar personas que trabajan en conjunto. Parte de una hipótesis, cuya idea central rescatamos para este trabajo, que se vincula con la producción simultánea de valores de uso y la constitución de sujetos e instituciones. Campos emplea el término valor de uso con el sentido que le da Carlos Marx en el capítulo 1 de *El Capital*, esto es que “la utilidad de una cosa hace de ella un valor de uso” (Marx, 1975, p. 44).

El proceso de producción de valores de uso, sean estos bienes o servicios, da lugar al mismo tiempo, a la producción del sujeto protagonista y el colectivo al que pertenece. Existen relaciones ocultas entre la actividad productiva y la propia constitución del sujeto individual y de las instituciones. Se plantea entonces el desafío de repensar la gestión y la planificación con un doble propósito. El primario, la producción de cosas (bienes o servicios), y un segundo, relacionado con la constitución de personas y colectivos organizados. A esa dimensión de la tarea productiva Campos la denomina “función Paideia” y es la base para construir un método que simultáneamente, analiza y lidia, con la producción de cosas y personas (Campos, 2009).

Paideia es una noción clásica de la democracia ateniense que alude a la formación integral del ser humano. Paideia (en griego παιδεία, "educación" o "formación", a su vez de παῖς, *país*, "niño") era para los antiguos griegos el proceso de crianza de los niños, entendido como la transmisión de valores (saber ser) y saberes técnicos (saber hacer) inherentes a la sociedad.

A mediados del siglo XX, el filólogo alemán Werner Jäger publicó el más detallado estudio sobre la noción de este concepto. En su libro *Paideia: Los Ideales de la Cultura Griega* (1933-1945), Jäger describe el concepto como la aspiración a construir un tipo ideal de hombre marcado por la virtud, a la cual llamaban (ἀρετή) *areté*. La *areté* es la excelencia en la función propia –belleza (kalós) + virtud–. En suma, la *paideia* se centraba en los elementos de la formación que harían del individuo una persona apta para ejercer sus deberes cívicos (Jäger, 2001). Con ese sentido de formación integral Campos rescata el concepto haciendo una relación también con la rueda del samba. En este caso toma esa figura coreográfica de

un baile originario del norte brasileño (samba de roda) en el que todos los asistentes, aun los principiantes, son invitados a participar del baile aprendiendo mediante la observación y la imitación.

El método Paideia o de la rueda, sugiere un espacio democrático y un modo de operacionalizar la co-gestión. El ejercicio de co-gobierno que depende de la producción simultánea de espacios colectivos cumpliría tres funciones:

- Una clásica, de planificar y administrar procesos de trabajo objetivando la producción de valores de uso (bienes y servicios).
- Otro de carácter político, la co-gestión, como una forma de interpelar las relaciones de poder y democratizar las instituciones.
- Y una pedagógica y terapéutica, donde los mismos procesos de gestión influyen en la constitución de sujetos.

Es ésta última dimensión la que se rescata como inspiradora de este trabajo y denomina factor Paideia. Los espacios colectivos como lugares de participación activa, de reflexión crítica, de producción de bienes y servicios, pero también de construcción de subjetividad individual y grupal.

Los vínculos que se establecen entre los compañeros de ruta y en definitiva, el perfil de los equipos de salud que se conforman, también son fruto de esa co-producción. En ese espacio de co-producción en consecuencia, el tipo de proceso de trabajo que impregna a la organización, contribuye a la construcción saludable o no de los trabajadores, en tanto sujetos protagonistas de ese proceso.

4.3.1.6 La artesanía del trabajo en salud

El pragmatismo es una corriente filosófica surgida hacia finales del siglo XIX en Estados Unidos, siendo Williams James y Charles Peirce sus mentores. El pragmatismo busca problemas filosóficos insertos en la vida cotidiana. La esencia de esta corriente de pensamiento persigue el objetivo de identificar las consecuencias prácticas del pensamiento. Para los pragmáticos el criterio de verdad anida en la eficacia y el valor del pensamiento para la vida y las cosas. Dicho de otra manera, lo que importa es la aplicación del pensamiento a la práctica, el concepto aplicado.

Richard Sennett es un sociólogo norteamericano enrolado en la corriente del pragmatismo que ha estudiado las consecuencias sociales y emocionales del capitalismo contemporáneo. *El artesano*, libro que emplearemos como referencia para analizar algunos aspectos del objeto de estudio, es el primero de una trilogía de autoría de Sennett que explora

la cultura material (Sennet, 2018). Los tres libros se abocan a estudiar la cuestión de la técnica asumiéndola como una cuestión cultural que permite llevar un modo de vida particular.

Sennett, alumno de Hanna Arendt, señala su desacuerdo con la distinción elaborada por su maestra entre el *Homo faber* y el *Animal laborans*. Para Arendt este último es asimilable a una bestia de carga para el cual el trabajo es un fin en sí mismo y solamente se pregunta ¿cómo?, el *homo faber*, en cambio, es el superior del *animal laborans* y para él resulta central preguntarse ¿para qué? Sennett, en cambio, sostiene que esa distinción menosprecia la propia práctica manual que supone el trabajo artesanal. Ese trabajo dignifica a quien la realiza, el que a su vez encuentra satisfacción por el trabajo bien hecho.

En el proceso de producción, propone Sennett, están integrados el pensar y el sentir en una suerte de alquimia de imaginación y prácticas corporales. El artesano representa la condición específicamente humana del compromiso que se adquiere mediante la práctica, pero no necesariamente instrumental (Sennet, 2018, p. 32). Artesanía remite a un impulso humano que persigue satisfacer el deseo de hacer bien la tarea, por esa razón no alude solamente a la tarea manual. Para Sennett el concepto es aplicable al programador informático, al médico, al artista, a la paternidad y hasta a la ciudadanía. El buen artesano mantiene un diálogo entre unas prácticas concretas y el pensamiento para que este evolucione hasta convertirse en hábitos que establecen una conexión entre el problema y la solución. En la mente del artesano la solución y el descubrimiento de problemas están íntimamente ligados.

Aprovechando el ejemplo de los equipos que participan en el desarrollo del sistema operativo Linux, Sennett se muestra crítico respecto de aquellas instituciones que intentan motivar al personal a través de la competencia. El autor aboga en favor de la cooperación, más que de la competencia, para mejorar la calidad de la tarea. En efecto, los trabajadores de Linux, un software de código abierto construido siguiendo el modelo de “bazar” donde cualquier persona puede participar a través de internet para desarrollar ese código que luego estará abiertamente disponible para quien lo requiera usar, son un ejemplo de colaboración. Participa una cantidad suficiente de personas de modo tal que los problemas de producción del código se resuelven por la cooperación de estos individuos que vinculan habilidad (surgida del aporte de varios en favor de mejorar la calidad) y la comunidad (acceso abierto superando la idea de propiedad) (Sennet, 2018, pp. 38-41). Es de alguna manera análogo a lo que ocurre hacia el interior de los equipos de salud en el sentido de que si la institución estimula la motivación por realizar un trabajo bien hecho en forma cooperativa, es esperable que los resultados sean cualitativamente mejores.

Sennett describe las características del buen artesano, refiriendo que éste entiende la importancia del esbozo y la falta de conocimiento acabado, es decir no tiene todo resuelto antes de emprender la tarea. Por esa razón le asigna valor positivo a la contingencia y la limitación, evita la persecución de un problema hasta tenerlo perfectamente detectado en sus propios términos, elude el perfeccionismo que muestra más lo que él es, que lo que hace.

Bajo esta concepción pragmática, que rescata la capacidad reflexiva que se produce a través del trabajo material, la concentración tiene su propia lógica interna. Para Sennett solo cuando una persona logra una concentración por largos períodos podrá involucrarse intelectual o emocionalmente. Cita al filósofo Michael Polanyi en lo que éste menciona como "conciencia focal" explicando el concepto mediante el acto de clavar un clavo "cuando dejamos caer el martillo no sentimos que su mango nos ha golpeado la palma, sino que su cabeza ha dado en el clavo". El trabajo artesanal implica estar absortos en algo y olvidar por un período la consciencia de uno mismo, incluso del yo corporal. "Nos hemos convertido en la cosa sobre la cual estamos trabajando" (Sennet, 2018, p. 215).

El trabajo artesanal, como un trabajo dialéctico que escapa a una linealidad, trae aparejado también lo que Sennett denomina los "saltos intuitivos". La intuición, afirma el autor, comienza con la sensación de que algo que aún no es podría llegar a ser. Así los "saltos intuitivos" desafían los silogismos y el pensamiento deductivo, ya que el hecho de que una cantidad de casos sea semejante no explica por sí solo su naturaleza. En *El artesano*, Sennett describe un proceso de trabajo que escapa a la noción del progreso lineal propia del positivismo, este sujeto basado en un trabajo con una materialidad cotidiana se realiza a sí mismo a través de estos vaivenes propios del trabajo artesanal que hemos mencionado. La intuición admite el entrenamiento. "Utilizadas de determinada manera las herramientas organizan estas experiencias imaginativas con resultados positivos" (Sennet, 2018, pp. 257-262).

Si bien el planteo propuesto por Sennett da cuenta de algunas de las aristas del trabajo en salud, sus aportes no están exentos de críticas. Rescatamos las realizadas por Enrique de la Garza Toledo que sostiene que el análisis resulta limitado al considerar al artesano aislado otorgándole una capacidad de cambio cifrada en el cambio cultural y del modo de vida individual, sin criticar el contexto socio-político. Vale en este punto dar cuenta de las críticas que posturas como las de Sennett, Bauman o Beck han merecido. De la Garza (2008) ubica a Sennett dentro de la corriente para-posmoderna, referida a aquellos autores que, siendo críticos del progreso lineal del positivismo y de la modernidad, sostienen que la sociedad actual más que el resultado del neoliberalismo, es producto del exceso de burocratización del Estado benefactor y del socialismo de Estado.

Refiere de la Garza, que los para-posmodernos parten de algo ya observado en las teorías del fin del trabajo, la heterogeneidad en las ocupaciones, pero agregan lo que no quedaba claro hasta la década de 1990, esto es, que el eje de estas transformaciones no es simplemente la heterogeneidad sino la flexibilidad del trabajo. A diferencia del postmodernismo cuyo planteamiento es en general contra las concepciones modernas, el eje de análisis de los para postmodernos, es específicamente contra el trabajo. Los para-postmodernos entienden por flexibilidad a la “fragmentación de carreras ocupacionales y biografías, es decir, la duración corta en una ocupación y la alternancia entre desempleo y otras ocupaciones diversificadas” (de la Garza Toledo et al., 2008). Esta flexibilidad en la trayectoria ocupacional provocaría una desestructuración en las relaciones de trabajo y al ser cambiantes no habría claridad en los grupos de pertenencia incluyendo el traslado territorial del trabajador, alterando también las relaciones personales y familiares. Sin embargo, los textos de los para postmodernos no demuestran que en un futuro cercano predominen estos trabajadores flexibles sobre los estables, lo cual como se mencionó en la introducción de este texto, es aún menos probable en el campo de la salud.

Sennett sostiene que el trabajo artesanal permitiría reconstruir este *ethos* propio del trabajador, pero paradójicamente como sostiene De la Garza esto supone un llamado a ocuparse e interesarse por la formación de su propia vida, más que por la generación de una vida pública. Para Sennett sería el trabajo individual del propio artesano el que le serviría como molde para después poder entablar las relaciones humanas. Sería el propio artesano por su voluntad de realizar un buen trabajo el que podría llegar a alcanzar la dignidad humana, a expensas de considerar las fuerzas políticas, sociales o económicas que impulsan los cambios en las sociedades actuales (De la Garza, 2008). De esta manera, no se produce una crítica al neoliberalismo (término que Sennett evita), en tanto y en cuanto sería suficiente un cambio cultural en el modo de vida, en donde partiendo de la dignidad específica del trabajo artesanal se pueda entablar relaciones humanas en base a la cooperación y el compromiso.

Es decir, el remedio no es poner un freno a esta flexibilización sino un cambio cultural de los afectados para que acepten la nueva situación e “instituciones parche”. Porque la inestabilidad no viene del ciclo económico sino del nuevo modelo institucional. No hay que volver a las rigideces de la anticuada organización capitalista, sino contrarrestar algunos de sus efectos negativos por medio de reformas. Lo más importante es el cambio cultural, que debería implicar que los individuos aprendieran a manejar las relaciones a corto plazo, porque tendrán que vivir fluctuando entre trabajos y relaciones sociales; en adquirir rápidamente nuevas competencias para el trabajo y para las relaciones sociales; y, sobre todo, en olvidar la cultura del pasado de la seguridad que no volverá (de la Garza Toledo et al., 2008).

4.3.1.7 Una mirada activa sobre la salud de los trabajadores de salud

Como ya fue mencionado, trabajar en salud tiene implicancias peculiares que deben ser consideradas en el marco de intentos por mejorar el monitoreo de las condiciones y ambiente laboral, los procesos de trabajo y los dispositivos destinados al cuidado de la salud, de los trabajadores de salud. Con relación a la salud del trabajador, tema central de este estudio, el análisis particular de este aspecto adquiere especial relevancia.

“Quienes trabajamos en servicios de salud sufrimos de un desgaste que es diferente al desgaste operario. En las organizaciones que trabajan con gente, una gran parte del cansancio de los trabajadores se debe a la necesidad de reponerse de su permanente exposición al sufrimiento y a la muerte” (Onocko Campos, 2008).

Onocko advierte que, si toda institución conmina a los trabajadores al malestar, los servicios de salud en general, y el hospital en particular, los coloca al borde del sufrimiento. “Malestar y sufrimiento institucional no son lo mismo, aunque sus fronteras se parezcan más a una membrana que a una pared” (Onocko Campos, 2008). Por esa razón, sostener una mirada activa respecto de la salud del trabajador implica, tal como sostiene Julio César Neffa, ampliar la mirada tradicional vinculada con las condiciones y medio ambiente de trabajo para recrear el concepto de riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) (Neffa, 2018). A partir del análisis de ese autor, destacamos las principales aristas de cada eje central que se expresan en el campo de la salud, para luego abordar la cuestión de la participación del trabajador mismo en el proceso de cuidado.

Factores de riesgo psicosociales en el trabajo

Como se mencionó, y de alguna manera siguiendo la línea conceptual de Asa Cristina Laurell (Laurell, 1978), la relación trabajo-salud excede el alcance del enfoque tradicional que se limitaba a analizar e intervenir sobre los riesgos del medio ambiente de trabajo y sus efectos (los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales). Neffa sostiene que se pueden identificar tres momentos cronológicos en el abordaje de la temática vinculada con las condiciones y medio ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores. Una primera donde el acento se puso en la seguridad e higiene en el trabajo, estableciendo metodologías para medir la frecuencia y gravedad de los accidentes de trabajo, y en enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo, por impulso de la OIT desde su creación en 1919. Un segundo momento caracterizado por una visión más amplia y comprehensiva, consolidada por la OIT desde la Memoria del Director General *Por un trabajo más humano* (Oficina Internacional del

Trabajo, 1975) y que en la Argentina dio origen al acrónimo CyMAT (Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo). La emergencia del concepto de riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) es un tercer momento, refiere Neffa, resultante de estudios epidemiológicos realizados en los países capitalistas industrializados (PCI) desde los años 1980, impulsados por institutos de investigación vinculados con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT (Neffa, 2015a).

“Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) están constituidos por los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Existe entonces una relación estrecha entre el proceso de trabajo y la salud, y esto es lo que vuelve fundamental la actividad de prevención para aislar a los trabajadores del riesgo y evitar que estos repercutan también en las ventajas competitivas del sistema productivo” (Neffa, 2015b).

Los dos grupos de factores de las CyMAT constituyen exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación sinérgica o combinada da lugar a la carga global del trabajo prescripto, la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera inmediata o mediata efectos directos o indirectos, positivos o negativos sobre la vida y la salud física, psíquica y/o mental de los trabajadores.

El concepto de RPST, que surge luego de estudios multidisciplinarios, puede definirse como “los riesgos para la salud mental, física y social, causados por las condiciones de empleo y los factores organizacionales y relacionales que pueden interactuar con el funcionamiento mental. El concepto es operacionalizado de diferentes maneras por diferentes disciplinas, dependiendo de sus propios conceptos y teorías” (Gollac & Bodier, 2011, p. 13).

Se trata de riesgos engendrados por los determinantes socioeconómicos que se desenvuelven en un contexto histórico, económico y social determinado, las formas que adopta el proceso de trabajo, la condición de empleo, la organización y el contenido del trabajo y los factores relacionales que intervienen en el funcionamiento psíquico y mental de los trabajadores.

Siguiendo a Michel Gollac, Neffa propone considerar los siguientes ejes que vertebran ese conjunto de riesgos: la intensidad del trabajo y del tiempo de trabajo, las demandas emocionales, la autonomía insuficiente, la mala calidad de las relaciones sociales en el trabajo, los conflictos de valores y la inseguridad de la situación laboral (Neffa, 2018, pp. 490-501).

1. Exigencia e intensidad del trabajo. Refiere una dimensión cuantitativa (restricción de tiempo, cantidad excesiva de trabajo para hacer) y una cualitativa (complejidad de la tarea, concentración que exige, responsabilidad que ha sido confiada o asumida). Neffa apunta que se trata de demandas tanto más intensas cuanto más alto es el nivel de calificación del trabajador, pudiendo generar efectos negativos para la salud (ACV, infartos de miocardio, problemas de salud mental), especialmente cuando no son acompañadas de suficiente margen de autonomía y de control del proceso de trabajo.

Se incluye en este eje la existencia de objetivos poco realistas, imprecisos o hasta contradictorios, la exigencia de polivalencia, la pluriactividad o el pluriempleo, la exigencia para adquirir nuevas habilidades o el tener que pensar en varias cosas a la vez. Todas estas situaciones son posibles de verificar durante el trayecto laboral de los trabajadores de salud, especialmente otra variable cuanti-cualitativa que alude a los regímenes laborales y el tiempo de trabajo, incluyendo la problemática relacionada con las jornadas de labor de más de 8 horas, los turnos rotatorios y los horarios nocturnos.

2. Demandas emocionales. Alude a exigencias emocionales ya sea para mantener la relación con superiores, con pares o con usuarios. Neffa menciona la dificultad para sostener el equilibrio necesario en el manejo de las emociones como causa de agotamiento (*burnout*).

3. Autonomía insuficiente. Implica disponer de márgenes de maniobra para ejecutar la tarea, participar en la concepción y la evaluación de la actividad, en suma que el trabajador sea actor protagónico en su trabajo, pudiendo desplegar los conocimientos adquiridos y las competencias que desarrolló y que ese mismo ejercicio actúe como motivador para seguir aprendiendo estimulando la capacidad para tomar decisiones.

Ya fue mencionado que en el campo de la salud el aprovechamiento de las tecnologías duras y blandas y sobre todo, las blandas, otorga a los trabajadores de salud un amplio margen de libertad en la acción. Sin embargo, tal como apunta Sennett al rescatar las reacciones de médicos y enfermeras como respuesta a las reformas del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, resulta evidente que cuando se intentan estandarizar las prácticas artesanales propias de este campo reduciendo ese margen, se generan resistencias y tensiones con el riesgo de impactar en la salud de los trabajadores (Sennet, 2018, pp. 64-68).

Vale señalar también, que en el ámbito de la salud no siempre se promueven espacios como los sugeridos por Gastão Wagner Campos, de co-gestión en el marco de directrices que él llama “anti-Taylor” que al democratizar rompen con la concepción de comando y control concentrando el poder (Campos, 2009, p. 17). La obturación de instancias de participación, a la que están más expuestos los trabajadores poco calificados, genera efectos indeseables en

la salud. Neffa señala concretamente que la falta de autonomía tiene efectos sobre la salud cardiovascular y alteran la salud mental.

4. Mala calidad de relaciones sociales en el trabajo. Las relaciones sociales permiten o impiden la integración de cada trabajador en un colectivo y pueden ser horizontales (entre pares de los que recibe o no apoyo social), verticales (del trabajador con su superior jerárquico, de quien recibe o no apoyo técnico), entre el trabajador y la organización o con los usuarios.

La falla en el necesario equilibrio entre el esfuerzo realizado y la recompensa-reconocimiento causa sufrimiento. Las deficiencias en el diseño y ejecución de los procesos de trabajo pueden dar lugar a patologías provocadas por la discriminación, la violencia o el *moobing*. La violencia en el ámbito laboral constituye un factor de riesgo para sufrir perturbaciones depresivas y una de las causas externas reconocidas de suicidio.

La percepción de falta de apoyo social de los colegas, o de apoyo técnico por parte de la conducción, de recibir órdenes contradictorias, o de sufrir violencia física o verbal, aislamiento o simplemente ninguneo, genera somatizaciones, patologías cardiovasculares, hipertensión y estrés, entre otras manifestaciones dando lugar a ausentismo, muchas veces como primeras señales de un proceso que puede culminar en una terminación anticipada de la vida laboral.

5. Conflictos de valores. Neffa refiere que el “sufrimiento ético” surge si se le pide al trabajador que actúe en oposición a sus convicciones y valores (sociales o personales) u obligando a trabajar sin respetar las reglas éticas de la profesión, o cuando como parte sustancial de su trabajo se conmina a ocultar información o directamente mentir. El autor marca que este tipo de situación es frecuente en actividades de salud y del trabajo social, por ejemplo, cuando existen impedimentos para que se haga un trabajo de calidad porque los medios de trabajo no funcionan bien, o cuando se percibe que se está haciendo un trabajo inútil o perjudicial para la comunidad.

6. Inseguridad en el trabajo. Pensar la seguridad viene de la mano de pensar qué nos da inseguridad. Es decir, qué nos da miedo. Esos fenómenos están relacionados estrechamente con la noción de imaginarios sociales que devienen en lentes con los cuales leemos la realidad. “El imaginario social es un modo (cultural) de interpretar e interpelar al mundo...Se puede decir que el imaginario es un conjunto de imágenes, la representación hecha de memoria, experiencias y proyectos y/o utopías de que se vale un grupo social para explicar, organizar, ordenar el mundo social, situarse y actuar en él. Es una construcción tanto consciente como inconsciente” (Martini & Halpern, 1998).

La inseguridad o inestabilidad en el trabajo se define como la impotencia que se percibe para preservar la continuidad, es decir, cuando existe la amenaza del desempleo, se tiene un

empleo precario, o se trabaja “en negro”, sin estar registrado ante los organismos de seguridad social quedando desprotegido. También cuando existe ambigüedad en cuanto al monto del salario porque es pagado según el rendimiento y cuando son escasas o nulas las posibilidades de tener un ascenso en la carrera profesional.

Esta situación se presenta en el contexto de trabajadores precarizados, en salud especialmente al considerar contratos a término, de empleados de servicios tercerizados, o cuando se intentan cambios en las relaciones laborales buscando mayor producción estimulando estímulos al rendimiento.

Cuando los trabajadores están sometidos en forma persistente a los factores de riesgo psicosociales mencionados, luego de somatizarlos estos dan lugar a severas patologías que impactan sobre el cuerpo humano y son bien conocidas. Los estudios epidemiológicos más importantes han encontrado una fuerte asociación entre los RPST y ciertas enfermedades tales como: accidentes de trabajo provocados por las tensiones y las enfermedades profesionales, aunque muy pocas son reconocidas por la legislación, y ninguna provocada por los RPST; trastornos músculo esqueléticos, provocado por el trabajo en tensión incluso entre los trabajadores de oficina; hipertensión arterial; infartos de miocardio; accidentes cerebrovasculares; úlcera péptica o duodenal y síndrome de colon irritable, entre otros problemas de salud. Neffa apunta que a pesar de que con frecuencia se han naturalizado muchas de estas enfermedades atribuyéndolas en parte a la herencia genética, antecedentes familiares o a problemas no relacionados con la vida laboral, tanto los ergónomos que están centrados en la actividad como los especialistas en psicodinámica del trabajo consideran que el trabajo no es patógeno, ni es en esencia sinónimo de riesgo, sino que son las CyMAT y los RPST derivados del contenido y la organización del proceso de trabajo los que están en el origen de los problemas de salud en sus dimensiones físicas, biológicas, psíquicas y mentales. Pero aun así la prevención es posible (Neffa, 2015a).

Índice de capacidad para el trabajo

La capacidad de trabajo se basa en el equilibrio entre los recursos de una persona y las exigencias del trabajo. Las bases de la capacidad de trabajo son la salud y la capacidad funcional, determinándose también por los conocimientos profesionales y competencias (habilidades), los valores, actitudes, motivación, y el trabajo en sí mismo.

“De esto se puede deducir que una alteración en la salud y la capacidad funcional del trabajador influyen de manera negativa en su capacidad de trabajo, convirtiéndose en una incapacidad laboral” (Díaz Bethencourt & Prieto Morales, 2016).

El índice de capacidad para el trabajo (ICT) o Work Ability Index (WAI) es un cuestionario ampliamente utilizado en investigación y salud ocupacional que toma en consideración las demandas del trabajo, el estado de salud del trabajador y los recursos. Consta de siete sub-escalas de capacidad para el trabajo comparadas con el mejor de toda la vida en relación con las demandas del trabajo, el número de enfermedades, la deficiencia laboral y la ausencia del trabajo por enfermedad y, finalmente, el propio pronóstico de los sujetos sobre la capacidad para el trabajo y los recursos mentales.

El WAI se desarrolló en Finlandia pero se ha traducido a 25 idiomas y se ha utilizado en diferentes países europeos, China y Brasil, entre otros países.

El trabajador completa el cuestionario antes de la entrevista con el médico del trabajo, se toman en cuenta las demandas de trabajo, el estado de salud de los trabajadores y sus recursos. La puntuación representa el propio concepto del trabajador de su capacidad para el trabajo. Es la suma de medir los 7 ítems de que consta, variando el rango de 7-49 puntos que posteriormente se estratifican en pobre, moderada, buena o excelente capacidad de trabajo.

Figura N° 4

Categorías y rango de puntaje de cada una de las categorías incluidas en el cuestionario para determinar el Índice de Capacidad para el Trabajo (ICT)

Item	Catgorías	Rango de puntaje
1	Capacidad de trabajo actual comparado con el mejor que se tenido en la vida	0- 10
2	Capacidad de trabajo en relación a las demandas del empleo	2 - 10
3	Número de enfermedades actuales diagnosticadas por su médico	1 - 7
4	Detrimento estimado de trabajo debido a enfermedades	1 - 6
5	Baja laboral debido a enfermedad en los últimos 12 meses	1 - 5
6	Pronóstico propio de la capacidad de trabajo dentro de 2 años	1 - 7
7	Estado mental	1 - 4

Fuente: elaboración propia a partir de (Díaz Bethencourt & Prieto Morales, 2016)

El nivel de la capacidad de trabajo y los objetivos de las medidas se clasifican de la siguiente manera:

Figura N° 5

Puntuación, capacidad de trabajo y objetivos de las medidas a adoptar según resultados del cálculo del Índice de Capacidad para el Trabajo (ICT)

Puntuación	Capacidad de trabajo	Objetivo de las medidas
7 - 27	Pobre	Restaurar la capacidad de trabajo
28 - 36	Moderada	Mejorar capacidad de trabajo
37 - 43	Buena	Apoyo a la capacidad de trabajo
44 - 49	Excelente	Mantener capacidad de trabajo

Fuente: elaboración propia a partir de (Díaz Bethencourt & Prieto Morales, 2016)

Los valores predictivos encontrados más altos son los rescatados en los siguientes ítems:

- Capacidad de trabajo actual comparado con el mejor que se ha tenido en la vida.
- Capacidad de trabajo en relación a las demandas del empleo.
- Deterioro estimado del trabajo debido a enfermedades.
- Pronóstico propio de capacidad de trabajo dentro de 2 años.

La cuestión de si el WAI puede ser tratado como un instrumento unidimensional o bidimensional o más, es controvertido, aunque se podría postular que las sub-escalas 1, 2, 6 y 7 se relacionan con estimaciones subjetivas de la capacidad para el trabajo, mientras que las sub-escalas 3 y 5 están relacionadas con la salud, mientras que la sub-escala 4 se refiere tanto a la capacidad para trabajar como al estado de salud (Martus et al., 2010).

Ana Virginia Díaz Bethencourt y Marta del Carmen Prieto Morales realizaron una revisión bibliográfica que luego de considerar inclusiones y exclusiones dejó seleccionados 5 artículos referidos al WAI. Para las autoras los 5 estudios seleccionados evidencian la existencia de una relación entre uso de la herramienta WAI y su posible asociación para recibir prestación por incapacidad (jubilación por invalidez). Concluyeron que el uso WAI se puede usar como herramienta de estudio para posible salida anticipada laboral. Pero los estudios asocian también otros factores: sociodemográficos (edad avanzada, bajo nivel cultural y tener una relación estable), con la salud (problemas de salud, enfermedades crónicas y una pobre capacidad de trabajo de causa médica) y con el propio el trabajo (actitud negativa hacia el trabajo, poca satisfacción con el trabajo, condiciones adversas de trabajo y trabajos físicos) (Díaz Bethencourt & Prieto Morales, 2016).

Caridad León Robles realizó un estudio analítico transversal donde participaron voluntariamente 56 trabajadores de un hospital de tercer nivel de distintas disciplinas. Con el objetivo de identificar la relación entre el nivel de índice de capacidad para el trabajo y las intenciones de jubilación anticipada voluntaria, aplicaron el cuestionario de ICT traducido en España. Concluyeron que el 100% de los que tenían un ICT deteriorado tenían intenciones de jubilarse en forma anticipada y que ese deseo disminuía según avanzaba la edad. Respecto de los resultados y posibles intervenciones en grupos específicos de trabajo resalta que el trabajo en turnos rotativos comprende un riesgo tres veces mayor de plantearse una jubilación anticipada que el resto (OR: 3,8 con IC95% 1,13 – 12,6; $p=0.298$). Destacan que las medidas preventivas podrían resultar efectivas con miras a evitar el retiro anticipado (León Robles, 2019).

Norma Peralta et al. realizaron un estudio en el cual el instrumento se aplicó a 100 trabajadores, agentes de Atención Primaria de la Salud del Partido de General Pueyrredón, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Se concluyó que el ICT, traducido y adaptado al español, mostró propiedades psicométricas adecuadas pudiendo ser utilizada en estudios de asociación entre aspectos de trabajo y su impacto en la salud (Peralta et al., 2012).

Escapa al interés de este trabajo hacer un análisis exhaustivo de este índice, pero vale su mención para dar cuenta de que se trata de un instrumento que puede ser empleado tanto al ingreso laboral, como en el transcurso del trayecto laboral del trabajador, en función de objetivos preventivos y predictivos para detectar trabajadores en riesgo de incapacidad laboral y operar en consecuencia.

La participación del trabajador en el proceso de cuidado de su salud

“La salud y la seguridad en el trabajo, asumida desde una perspectiva amplia, involucra la comprensión y el análisis integral del ser humano, mirada ésta que implica reconocer condiciones individuales, intra-laborales y extra-laborales que, conjugadas, influyen en cualquier ambiente de desempeño de las personas” (Muñoz Sánchez & Castro Silva, 2010). De acuerdo con esta visión, existe una propuesta denominada Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) o *workplace health promotion* (WHP) en su denominación en inglés, impulsada desde 1998 por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1998, p.1). La PSLT es asumida como el proceso integral y sistemático que sobre la base de una política responsable y comprometida socialmente, establece un conjunto de acciones tendentes a crear condiciones para lograr una praxis que contribuya a fomentar valores positivos de la salud en los trabajadores, caracterizada además por su apertura a la participación, a la intersectorialidad y a la multidisciplinariedad, que involucren múltiples

acciones sociales contextualizadas, de manera que permita a los trabajadores incrementar el control sobre su salud para mejorar su calidad de vida, armonizando el proyecto de vida personal con el de la organización.

“La PSLT incluye la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países” (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2000, p. 4).

La participación de los trabajadores en los diversos niveles de la estructura organizacional contribuye de forma potencial en la implementación de acciones claras y factibles de promoción de la salud en los lugares de trabajo (Vega et al., 2012). Por lo expuesto, la PSLT se revela como una herramienta de importancia estratégica para gestionar la salud y la seguridad en los ambientes laborales en general (Organización Mundial de la Salud, 1991). En particular las instituciones de salud son consideradas centros de gran importancia para implementar la PSLT (World Health Organization, Europe, 2006, p. 11) por su potencial para abarcar problemas de salud desde una perspectiva integral y porque constituyen entornos significativos para las personas involucradas en el proceso del cuidado de la salud, representadas no solo en la fuerza de trabajo (trabajadores de salud), sino también por el impacto que sus propias actitudes generan en los usuarios directos del servicio (pacientes) y en sus entornos familiares y sociales considerando la representación social de éstos en el seno de la comunidad.

Los principios que fundamentan la PSLT son la participación, integralidad, justicia social, sostenibilidad y multisectorialidad e interdisciplinariedad.

1. Principio de participación. Refiere la necesidad de brindar seguridad y confianza a los trabajadores para tomar decisiones que impliquen su salud y desarrollar habilidades para promover iniciativas sobre el tema. Constituye una política de la organización que busca la integración del talento humano en la planificación, ejecución, evaluación y control de la gestión institucional y su responsabilidad en el logro de los objetivos de la misma. Por lo tanto, se incluye como un deber de la conducción en el sentido de promover espacios y dispositivos para estimular la participación abierta y motivada que involucre el proyecto de vida del trabajador con el proyecto del hospital.

2. Principio de integralidad. Parte de entender las implicaciones de diversos factores (personales, ambientales, organizacionales, comunitarios e informativos) sobre el bienestar de los trabajadores e incorpora estrategias combinadas para lograr un rango de intervenciones que contribuyan con cambios de comportamiento en los individuos.

3. Principio de justicia social. Hace referencia al hecho de la inclusión total de las personas involucradas en los ambientes de trabajo, sin distinción de clase o rango, para efectos de cobertura en la aplicación de la estrategia de la PSLT, es contemplado en la política institucional a través de expresiones que evidencian el compromiso de mantener la calidad de vida y la integridad física y mental de trabajadores propios de la institución y otros que prestan servicios a la institución.

4. Principio de sostenibilidad. Refiere a garantizar la continuidad de la PSLT para lo cual se requiere que ésta integre la gestión organizacional, con apoyo explícito de las conducciones locales y ministeriales.

5. Principio de multisectorialidad e interdisciplinariedad. Alude a la necesidad de coordinar y asesorar con otras dependencias de la institución asuntos que involucren salud y bienestar de los trabajadores.

Se registran estudios que analizaron los resultados de experiencias donde se implementó esta iniciativa (Renaud et al., 2008), (Robroek et al., 2009), (Muñoz Sánchez & Castro Silva, 2010) y (Chaves Bazzani & Muñoz Sánchez, 2016). Respecto del principio de participación de la PSLT estas investigaciones aportan conclusiones relevantes para ser tomadas en cuenta para ulteriores experiencias.

El estudio de Renaud et al., que no se realizó en ámbitos de salud, sino en una organización financiera, mostró resultados alentadores. Las tasas de participación de los empleados en los seis módulos educativos impartidos durante un período de tres años, variaron entre el 39% y el 76% y la evaluación de los cambios en el perfil de salud mostraron un aumento significativo en el puntaje de salud global. Sin embargo, los autores destacan entre las conclusiones del estudio que la promoción de la salud en el lugar de trabajo será más efectiva cuando se promueva la salud organizacional en general (Renaud et al., 2008).

El trabajo citado de Robroek et al., en cambio, que se trata de una revisión sistemática que analizó un total de 23 estudios relacionados con el tema, de los cuales 7 examinaron los determinantes de la participación en programas con varios componentes, arrojó resultados exigüos. Surge de esta revisión sistemática, que los niveles de participación en las intervenciones de promoción de la salud en el lugar de trabajo fueron inferiores al 50% (10% a 64% con una mediana de 33%), con más participación de mujeres que de hombres. Pocos estudios evaluaron la influencia de la salud, el estilo de vida y los factores relacionados con el trabajo en la participación, lo que dificulta la comprensión de los determinantes subyacentes de la participación inicial en la promoción de la salud en el lugar de trabajo. No obstante, se sugieren algunas estrategias que pueden adoptarse para aumentar los niveles de participación. Además, la revisión destaca que es esencial una mayor comprensión para

desarrollar programas de intervención con la capacidad de llegar a muchos empleados, incluidos los que más lo necesitan, para aumentar la generalización entre todos los trabajadores (Robroek et al., 2009).

La investigación de Muñoz Sánchez y Castro Silva cuyo escenario fueron tres hospitales colombianos, se trata de un estudio descriptivo, transversal con aplicación de método cuantitativo. El trabajo da cuenta de que solamente el 29,9% confirma haber participado de actividades propiciadas por el programa de salud ocupacional y que tan solo el 8,5% considera que la institución ofrece algún tipo de incentivo a sus empleados para que aporten a la mejora de sus condiciones, lo cual es ratificado por el 75% de los responsables de la gestión involucrados en el estudio. Si bien la participación es uno de los principios más reiterados a nivel documental en las instituciones estudiadas, se limita a las fases de ejecución, vigilancia y control de las actividades desarrolladas, y está excluido en las etapas de formulación de políticas y de planeación del programa. Sin embargo, el estudio muestra una aproximación muy pobre a la práctica real del principio, entre otras cosas por la falta de procedimientos claros y de incentivos otorgados por la institución para hacer efectiva dicha participación. Las razones expuestas para justificar el bajo nivel de participación son: falta de tiempo, desconocimiento de las actividades, trabajo en el turno nocturno y el reiterado sentimiento de discriminación según el tipo de vinculación a la institución (personal de planta o contratado). Esto último, es decir, la situación de precarización laboral, ya mencionado en el punto anterior respecto de la inseguridad en el trabajo, actuaría como mordaza que impide el ejercicio de la participación activa. Por otra parte, agregan las autoras, “no existe referencia a un mecanismo que promueva y facilite el proceso de retroalimentación con los trabajadores sobre los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas”. Al tiempo que destacan la importancia del empoderamiento de las personas desde la perspectiva social comunitaria propuesta por Sérgio Resende Carvalho (Carvalho, 2008), recuperando el principio de integralidad, la autoras concluyen que “es imposible pensar que se pueda crear o fomentar una cultura en salud y seguridad mientras las condiciones de trabajo no se adecuen para facilitarlo” (Muñoz Sánchez & Castro Silva, 2010).

Finalmente, el último de los estudios mencionados, de las autoras Luzetty Chaves Bazzani y Alba Muñoz Sánchez, se trata de un estudio cualitativo que estudió 131 documentos, emergiendo tres categorías: desarrollo conceptual de la PSLT, metodologías aplicadas al estudio de la PSLT y medición de resultados de la PSLT. Analizamos las conclusiones sobre este último aspecto, en tanto la medición de resultados puede constituirse en punto de partida para la toma de decisiones. Las autoras destacan que son escasos las valoraciones cuantitativas y más aún los abordajes cualitativos relacionados con efectos de

productividad y que las investigaciones de alta calidad metodológica reportaron bajos efectos de los programas de PSLT. Empero, hay trabajos que subrayan que los programas con población joven son más efectivos y el ya referenciado de Renaud et al. en el cual midieron tasas de participación y su relación con ausentismo encontrando relación entre ambos aspectos.

Los resultados de este estudio evidenciaron que la mayoría de investigaciones identificadas tienen una orientación hacia el desarrollo de habilidades y responsabilidades individuales, centradas básicamente en la prevención de la enfermedad más que en promover medidas positivas de salud. Las autoras refieren que “con la mayoría de estudios no se buscaba realizar cambios en el lugar de trabajo, pero si era visto como un espacio conveniente para orientar a las personas a cambios en sus comportamientos, estilos de vida y prevención de la enfermedades ... por lo que resulta necesario insistir en que es fundamental, además del énfasis dado a las habilidades y responsabilidades individuales de los trabajadores, se aborde de manera crítica a los lugares de trabajo a través de cambios ambientales e intervenciones organizacionales considerando lo propuesto en las directrices internacionales”.

Concluyen que “se hace necesaria la integración de componentes que propendan por la participación de los trabajadores y de los diferentes sectores de la sociedad involucrados y soportados en políticas sociales en beneficio de los trabajadores” (Chaves Bazzani & Muñoz Sánchez, 2016).

4.3.2 Culminación anticipada de la vida laboral

La jubilación por invalidez es una de las formas de culminar la vida laboral en forma anticipada. Terminar antes de lo previsto un trayecto laboral impacta en tres dimensiones en forma simultánea. En primer lugar, en la esfera personal del trabajador de salud, que por distintas razones no alcanza la edad estipulada para jubilarse y se retira de la vida laboral activa antes de lo planificado. Cuando la causa del retiro fue su propia salud física y/o emocional, a esa situación desagradable se le agrega el impacto de ser declarado no apto para las tareas laborales que desempeñaba.

En segundo lugar, el acortamiento de la vida laboral potencial de un trabajador de salud impacta en los sistemas de salud que se ven privados de contar con personas que acuñaron conocimientos y experiencias que no podrán volcar en su espacio de trabajo.

En tercer lugar, la reducción de la participación de las personas mayores en la fuerza laboral, ya no solamente en salud, sino en el conjunto social, repercute en la economía y dinámica de la sociedad.

4.3.2.1 Implicancias personales de la jubilación

Para el trabajador llegar a la jubilación, como culminación de su vida laboral activa, tiene implicancias emocionales, sociales y hasta económicas. La percepción del trabajador cuando se jubila respecto de su propia calidad de vida, difiere de acuerdo al tipo de trayecto experimentado en el proceso de transición al pasar de ser un trabajador activo hasta su nuevo estadio como jubilado. La percepción subjetiva de bienestar posterior a la jubilación no muestra un patrón universal, sino que depende de una serie de factores de protección y riesgo, que varían entre los grupos sociales y los individuos. Específicamente, influir en factores como los recursos económicos, sociales y personales, por ejemplo, el estado socioeconómico, el estado civil, la salud, así como el contexto situacional en el que se produce la jubilación, por ejemplo, el momento y la voluntariedad de la jubilación, puede mejorar o empeorar la calidad de vida de las personas en la fase posterior al trabajo.

Esta es la conclusión a la que llega Michaela Schmälzle, Martín Wrtzel y Oliver Huxhold en un estudio mediante el cual analizaron el impacto en personas que vivieron diferentes trayectos biográficos hasta llegar al retiro (Schmälzle et al., 2019). El estudio se orientó a verificar como los distintos caminos que llevan a la jubilación pueden generar diferentes patrones de calidad de vida después de la jubilación. La alusión a los caminos hacia la jubilación refiere a la sucesión de diferentes estados, que, respecto del mercado laboral, el trabajador vivió antes de jubilarse.

Los autores de este trabajo destacan que la mayoría de las investigaciones se han centrado en personas con transiciones directas de trabajo a jubilación, excluyendo de las mismas a las personas que no participaron en el mercado laboral antes de la jubilación, sea porque estaban desempleadas, porque eran amas de casa, o porque no trabajaban debido a algún problema de salud. Sin embargo, dado que un número cada vez mayor de personas se retiran desde una posición de inactividad económica-laboral, la creciente prevalencia de vías no estándar, impulsa a intentar comprender cómo las diferentes vías pueden estar relacionadas con patrones distintos de calidad de vida después de la jubilación. La jubilación por invalidez, es el resultado de uno de esos trayectos alternativos al habitual donde una persona, sin solución de continuidad, pasa del estado activo al pasivo. Por esa razón el estudio resulta relevante para la presente investigación.

En el estudio de referencia se analizaron cinco vías diferentes de llegar a la jubilación y se evaluó la percepción de calidad de vida por parte del trabajador al año de jubilarse (corto plazo) relacionada con los cambios en el status social por el retiro y a los diez años de haberse jubilado (largo plazo).

Las cinco vías para jubilarse consideradas fueron:

1. La vía de empleo describe a las personas que pasan del empleo continuo a tiempo parcial, completo o regular, a la jubilación, sean jubilaciones anticipadas o a la edad estipulada, debido a que las condiciones fueron similares.
2. Las vías de desempleo de corta y larga duración describen a las personas que se retiran proviniendo de situaciones de desempleo de corta o larga duración, respectivamente. En Alemania el seguro de desempleo también se ha utilizado como vía indirecta para la jubilación. Entre 1986 y 2008, la llamada "regla del 58" permitió a los trabajadores despedidos a partir de los 58 años (más tarde se estipuló que fuera a partir de los 57 años y cuatro meses), recibir prestaciones de desempleo sin ninguna obligación de encontrar trabajo hasta que se les otorgó la "pensión de vejez para personas desempleadas de larga duración" a los 60 años. Para este estudio se definió la vía de desempleo de corta duración como la jubilación después de un máximo de tres años de desempleo.
3. La vía de desempleo de larga duración como jubilación después de más de tres años de desempleo.
4. La vía de inactividad describe a las personas que no estaban empleadas, ni desempleadas antes de la jubilación (mujeres amas de casa). Las personas que siguen la vía de la inactividad generalmente no habrían obtenido suficientes derechos de pensión para calificar para la jubilación anticipada. Por lo tanto, la mayoría de las personas que siguen la vía de inactividad se retiraron a la edad legal de jubilación de 65 años.
5. La vía de discapacidad describe a las personas que estaban recibiendo una pensión por discapacidad antes de recibir su pensión de jubilación normal. Este es el caso que mejor se asimila a la situación que es objeto de la presente investigación.

La "biografía normal" de una persona se caracteriza primero por un período de educación, luego por un período de empleo continuo a tiempo completo y finalmente por un final legítimo de la vida laboral una vez alcanzada la edad de jubilación institucionalizada (Kohli, 2007). Como tal, la jubilación es un estatus socialmente aceptado para personas más allá de cierta edad. La desviación de la biografía normal institucionalizada, por ejemplo debido al desempleo o a la jubilación anticipada debido a limitaciones de salud, puede dar lugar a una sensación de fracaso con respecto al cumplimiento de las propias expectativas internalizadas y también puede conducir a sanciones sociales.

La entrada a la jubilación puede permitir que las personas regresen a un estatus de acuerdo con las normas sociales y, por lo tanto, pueden estar asociadas con cambios positivos en su bienestar subjetivo. De hecho, los estudios han demostrado que las personas previamente desempleadas reportan una mayor satisfacción de la vida y sentirse más como parte de la sociedad después de la transición de jubilación que antes (Hetschko et al., 2014).

“Para aquellos que antes trabajaban, la jubilación parecía representar una pérdida de aceptación social, mientras que para aquellos que antes no trabajaban, la jubilación parecía indicar una reducción de la estigmatización. Sin embargo, el efecto anterior del mercado laboral continuó afectando a las personas en retiro durante mucho tiempo” (Wetzel & Mahne, 2016).

El desarrollo a largo plazo de bienestar subjetivo después de la jubilación depende del acceso de una persona a los recursos económicos, sociales y personales, así como de cómo sus recursos cambian con la jubilación. Se espera que las personas que experimentan una disminución de los recursos experimenten la fase posterior a la jubilación como menos satisfactoria que las personas que experimentan un cambio positivo o no significativo en sus recursos. Además, se supone que las personas con más recursos se ajusten más fácilmente a las condiciones de vida cambiadas que las personas con menos recursos, ya que pueden mantener su estilo de vida anterior y/o son capaces de movilizar nuevos recursos para construir nuevas rutinas diarias.

Los hallazgos mostraron que la transición de la jubilación sólo tiene pocas consecuencias para la calidad de vida de las personas que siguen una biografía estándar centrada en el trabajo, pero también para el camino relacionado de las amas de casa (en su mayoría mujeres). En contraste, las personas con trayectos que se desvían de esa biografía estándar, experimentan un aumento en el bienestar subjetivo al retirarse, que mitiga la evolución negativa en su calidad de vida antes de la jubilación.

Para la vía de desempleo de corta y larga duración, esto se remonta al cambio de estatus social que también podría desempeñar un papel para los jubilados por discapacidad.

Para esta investigación, resulta relevante rescatar que el estudio de marras, muestra que las personas que llegan a la jubilación luego de estar inactivos por una causa de salud, experimentan una mejoría en su nivel subjetivo de bienestar al obtener el beneficio de retiro. Sin embargo, a largo plazo, el bienestar subjetivo de esas personas vuelve a un nivel muy bajo lo que indicaría que persisten las desigualdades basadas en los recursos durante el proceso de transición de la jubilación, que no se limitan solamente a lo económico.

Como conclusión de este apartado es dable consignar que el paso de la condición de trabajador activo al de jubilado, impacta en la vida de las personas en diferentes dimensiones. Por otra parte, el antecedente de la condición laboral previa a la jubilación guarda relación con la percepción respecto de la calidad de vida en la nueva etapa, en algunos casos con diferencias significativas si se considera el período inmediatamente posterior a la jubilación respecto de diez años después del cambio.

4.3.2.2 Impacto de las jubilaciones anticipadas en los equipos de salud

Sennett utiliza la figura del médico con años de experiencia en la profesión como ejemplo del intercambio entre artesanos de distinto trayecto vital. Frente al paciente el médico experimentado piensa en la evolución del paciente, al contrario del médico novato que piensa en términos de causa y efectos inmediatos, es decir la experiencia de ese artesano (médico) le permite valorar e incluir en su caja de herramientas, elementos que enriquecen la técnica lisa y llana para lograr una mirada más integral o de mayor perspectiva (Sennet, 2018, p. 305). La lógica de la calidad total pensada en términos lineales e inflexibles produce fijación y rigidez. Así ese experto es capaz de que sus conocimientos lo lleven más allá de los elementos técnicos, pudiendo ver su objetivo y coherencia en forma conjunta.

Esa situación, que también es parte del desarrollo de otros trabajadores de salud, permite catalogar al trabajador artesanal como un experto sociable, que no está encerrado en sí mismo, y de esa forma habilita que sus parámetros de calidad sean socializados y transparentes. Los estándares del buen trabajo deben ser igual de claros para los expertos como para los que no lo son. Al abrirse al exterior de esta manera, ellos mismos se someten a control y pueden comprobar en la relación con el otro que su trabajo tiene sentido para los demás. Se origina un flujo de conocimientos e intercambios que configura una espiral ascendente en favor del crecimiento del equipo de salud. La terminación prematura de la vida laboral de algunos integrantes de esos equipos acota la posibilidad de ese intercambio que a favor del crecimiento del conjunto.

Sennet sostiene que “sería erróneo imaginar que por el hecho de que las comunidades de oficio tradicionales se transmitieran de generación en generación, estas habilidades eran fijas, inmutables” (Sennet, 2018, p. 39). Ese crecimiento que mejora la técnica y la habilidad, que al decir de Sennett es una “práctica adiestrada” surge del intercambio entre trabajadores nóveles creativos y experimentados con visión abarcativa de la realidad. A esos aspectos más vinculados con la técnica, que Sennet ubica en el “taller: espacio productivo en el que las personas tratan cuestiones de autoridad en relaciones cara a cara” (Sennet, 2018, p. 73) se agregan componentes emocionales, de contención y de identidad grupal que son relevantes para fortalecer los equipos. Esos componentes se resienten cuando se pierden integrantes que naturalmente, por su experiencia y trayectoria, son puntos de referencia.

4.3.2.3 Impacto del retiro en la sociedad

El retiro temprano de la actividad laboral tiene un efecto en el perfil de sustentabilidad de las sociedades modernas. La mayor parte de los países que sostienen estados de bienestar enfrentan el desafío de la concurrencia de dos situaciones simultáneas: el

envejecimiento progresivo de la población, lo cual genera un aumento constante de trabajadores jubilados, y el acortamiento de la vida laboral activa de un porcentaje significativo de la comunidad. En la mayoría de los países europeos, paradójicamente las mejores condiciones de vida, que generan mejores niveles de salud y a su vez, permiten prolongar la expectativa de vida, coinciden con una reducción progresiva del tiempo que las personas pasan en trabajos remunerados que generan aportes para el sistema de previsión social. La edad promedio de salida permanente del trabajo remunerado está muy por debajo de la edad legal de jubilación, instalándose una tendencia de salida temprana, que ha sido catalogada como uno de los cambios estructurales más profundos desde finales del siglo XX (Kohli et al., 1991).

Ante ese panorama las estrategias asumidas discurren entre dos vertientes, las de integración, que propician el empleo de las personas separadas de sus tareas originales en otras alternativas, y las de externalización, que transfieren el riesgo de los empleados antiguos o enfermos, al sistema de seguridad social. Debido a las generosas condiciones de entrada en diferentes programas de seguridad social, muchos países han adoptado esa estrategia de externalización, dando como resultado un aumento continuo del número de retiros prematuros del mercado de trabajo en las últimas dos décadas del siglo XX. Tan es así, que en muchos países de la OCDE hay más personas inactivas debido a discapacidad que por el desempleo, siendo mayores los costos que las sociedades deben afrontar por la primera situación que por ésta última.

Términos tales como, pensiones por invalidez, jubilación por invalidez o jubilación por enfermedad se emplean para denominar a la situación o condición que marca el retiro de la vida laboral activa de trabajadores que ingresan a algún programa tendiente a apoyarlos porque no pueden mantenerse a sí mismos a través del trabajo. La terminología mixta, y en algunos casos ambigua, responde a distintas razones, entre ellas que en la mayor parte de los países los beneficios por discapacidad funcionan como un pago permanente a largo plazo (Bolderson et al., 2002). El objetivo primordial de los programas que se recrean en el contexto de la seguridad social, es acompañar a trabajadores discapacitados para mantener los ingresos y mejorar su bienestar. Los programas responden al esquema de seguro social contributivo y por ello vinculado con los ingresos, aunque existen también programas de discapacidad financiados con rentas generales, especialmente destinados a aquellas personas sin trabajo remunerado formal (Stattin, 2005). Mientras que en algunos países los beneficios cubren a todos los ciudadanos, en otros solo alcanzan a los que tenían un empleo remunerado (Marin, 2003).

Las políticas contemporáneas de discapacidad en los países de la OCDE definen la discapacidad laboral de acuerdo con un "modelo social" que puede distinguirse de la definición médica que considera la discapacidad como una característica biológica del individuo. El modelo social es una construcción social / ambiental que reconoce la importancia de la interacción entre el individuo y el entorno social y físico. Por lo tanto, la discapacidad es la incapacidad de realizar actividades normales o cumplir roles sociales convencionales. Esta incapacidad es causada por impedimentos, que se definen a su vez, como una pérdida anatómica o psicológica que permanece después de una etapa de patología activa y esfuerzos de rehabilitación. Solo aquellos impedimentos que impiden el trabajo y limitan el desempeño resultan relevantes. Esto significa que la discapacidad laboral está relacionada con una reducción del rendimiento de la tarea y una restricción o incapacidad para realizar el trabajo normal. Debido a que el impedimento está relacionado con actividades laborales normales, la misma limitación puede resultar en diferentes grados de discapacidad laboral. En un caso, la discapacidad puede no tener efectos incapacitantes en absoluto, mientras que en otro, puede tener graves consecuencias sobre la capacidad de realizar ciertas tareas relacionadas con el trabajo (Stattin, 2005).

“La discapacidad en particular es una categoría resbaladiza y potencialmente expansiva: es intrínsecamente subjetiva, ambigua, difusa, esquivada e inevitablemente problemática de definir y medir. La discapacidad no puede observarse directamente, sino que debe deducirse de causas presuntas (deficiencias) con consecuencias distintas, a saber, una restricción o incapacidad para desempeñar funciones laborales normales” (Marin, 2003).

La mayoría de los destinatarios de los programas de discapacidad pasan por un período de distinta duración (desde unos meses hasta dos años), cubiertos por un seguro por enfermedad pero cuando la incapacidad de vuelve de largo plazo o permanente pueden solicitar el beneficio por discapacidad. En ese ínterin, algunos países implementan instancias de rehabilitación de distinto tipo, en algunos casos obligatorios, como en Alemania y Suecia. Sin embargo, el número de personas que abandonan los programas de ayuda por discapacidad y regresan al trabajo es muy bajo. En los países escandinavos es de alrededor del 1% y los países europeos con más alto retorno al trabajo no superan el 5%. Una de las razones es que en general en todos los países el beneficio por invalidez se otorga en forma permanente y aunque en algunos casos está planteada la reevaluación periódica de la capacidad laboral, en pocos casos se concreta (OECD, 2003).

Uno de los aspectos más importantes del desempeño de los dispositivos destinados a determinar discapacidad, es la tasa de errores de inclusión y exclusión. Esto plantea problemas para los programas de discapacidad porque los errores de inclusión indican una mala asignación de recursos que ponen en peligro la legitimidad de los programas, mientras que las altas tasas de errores de exclusión ponen en riesgo el bienestar de muchas personas discapacitadas.

Minimizar los errores de exclusión e inclusión requiere procedimientos de evaluación precisos, sin embargo, hay estudios que evidencian que la determinación de discapacidad laboral está fuertemente influenciada por cuestiones ajenas a la situación de salud de la persona evaluada, basada en aspectos sociales como las condiciones del mercado laboral, el desempleo y la disponibilidad de empleos. Así por ejemplo, un estudio de beneficiarios de discapacidades en los Países Bajos informa que los cambios en la tasa de entrada se explicaron en un tercio por factores médicos y dos tercios por factores no médicos como la generosidad de beneficios y el desempleo (Marin, 2003).

El número de personas que reciben beneficios por discapacidad difiere según el país. La OCDE informa que alrededor del 6% de la población en edad laboral recibe beneficios por discapacidad. Polonia tiene la prevalencia más alta de personas que reciben beneficios por discapacidad (12%), seguida de los países escandinavos y los Países Bajos, donde alrededor del 8% y el 9%, respectivamente, de la población en edad laboral reciben beneficios por discapacidad. Los países restantes tienen tasas entre 4% y 6% (Statlin, 2005).

Respecto de la distribución por género se observa que en la mayoría de los países, las mujeres están sub-representadas en los programas de discapacidad contributiva (jubilación por invalidez), pero están excesivamente representadas en los esquemas no contributivos (pensiones por incapacidad) (Marin, 2003). De todas formas, el porcentaje de mujeres en el conjunto de personas jubiladas por invalidez debe correlacionarse con la participación femenina en el mercado laboral, lo cual se tendrá en cuenta para el caso específico de análisis de este trabajo.

Cuando se analizan las causas que llevan a las personas a gestionar jubilaciones por invalidez aparecen algunas relacionadas con factores de atracción entre ellas la racionalidad económica, esto es que los ingresos no se reducirán al estar jubilado y que la percepción de que la nueva actividad que sustituye al trabajo habitual será más atractiva. Se han descripto dentro de este conjunto de factores, razones ajenas al estado de salud del trabajador, vinculadas con el perfil particular del mercado laboral en ese momento, fundamentalmente las tasas de desempleo, pero también preferencias personales no económicas que inducen a elegir el retiro para dedicar tiempo a otras actividades (trabajo voluntario, actividades

familiares o simplemente ocio), argumento que algunos autores mencionan como “factor de salto” (Riphahn, 1999).

Otro grupo de causas se enrolan dentro de las que califican como factores de expulsión de la vida laboral activa. Entre ellas algunas características del mercado laboral, como el desarrollo tecnológico, el aumento de la competencia y las tendencias organizacionales. Tales características influyen en las condiciones laborales. En este proceso, puede ocurrir un desajuste entre las características de los trabajos disponibles y las características de la fuerza laboral. Ciertos individuos vulnerables, especialmente los trabajadores de más edad, enfermos o aquellos con educación, competencia o habilidades desajustadas con la demanda son expulsados del mercado laboral porque ya no encajan. La literatura muestra que este fenómeno de exclusión se distribuye de manera desigual entre los diferentes grupos de la sociedad. Las clases sociales bajas salen peor que las clases altas en este proceso (Knuth M, 2002). De hecho, las posiciones de las personas en la estructura jerárquica de clases son uno de los predictores más influyentes de la pensión de invalidez. Un estudio sobre pensiones por invalidez en Suecia mostró que el riesgo de salir en forma anticipada de la vida laboral era mayor en los trabajadores manuales y menor en los que ocupaban cuadros jerárquicos altos (Solem & Øverbye, 2004). El ambiente y clima laboral hostil influye para que las personas opten por buscar esta salida, como así también las actitudes de los empleadores hacia los trabajadores con limitaciones en su capacidad de trabajo, fortalecen la hipótesis de la promoción de la exclusión.

La salida anticipada del mercado laboral responde a un proceso multifactorial donde juegan percepciones individuales del presente del individuo y sus expectativas, cuestiones relacionadas con su entorno de trabajo y también factores relacionados con el contexto general.

Las políticas de discapacidad pueden caracterizarse simultáneamente tanto en términos de éxito como de fracaso (Marin & Prinz, 2003). En efecto, disponer de programas para proteger el bienestar económico y general de los trabajadores que resultan con algún grado de invalidez debe considerarse exitoso. Como contrapartida, el aumento de la prestación de beneficios por discapacidad se produjo a pesar de la mejora de la salud y el aumento de la esperanza de vida en la mayoría de las poblaciones, y sin ninguna explicación médica o epidemiológica convincente, generando un costo para la sociedad potencialmente difícil de sostener.

En este sentido, el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) *Transformando la discapacidad en capacidad* (OECD, 2003) sugiere algunos puntos a tener en cuenta en una política de reforma del sistema previsional:

- Redefinición de la discapacidad laboral haciendo que la discapacidad sea menos equiparable a la incapacidad para trabajar.
- Mayor énfasis en facilitar el retorno al trabajo por parte de las personas discapacitadas.
- Eliminación de desincentivos para trabajar en los programas.
- Reevaluación de la invalidez a intervalos regulares.
- Programas más flexibles con posibilidades de combinar el trabajo y la recepción de beneficios.
- Condicionar la recepción de beneficios por invalidez a la participación activa en rehabilitación vocacional y otras medidas de integración.
- Promover intervenciones tempranas (detección temprana de dificultades para corrección oportuna de las mismas).
- Involucrar a los empleadores en el proceso de integración a través de la legislación contra la discriminación y las cuotas de empleo.
- Diseñar programas de discapacidad activa

El incremento de jubilaciones por invalidez evidencia por un lado la incapacidad del mercado laboral en la detección y resolución temprana de problemas físicos y/o psíquicos que reducen el desempeño laboral y la limitación para integrar a las personas afectadas al trabajo.

Por otro lado, un desafío que las sociedades modernas deben asumir es recrear espacios de trabajo con funciones y tareas que se adecuen a la fuerza de trabajo envejecida (Stattin, 2005). Es decir, dar lugar a una vida laboral, que en sintonía con las nuevas capacidades y cualidades que va marcando el perfil de los trabajadores que ya no se adaptan a las exigencias de su puesto original, aprovechen ese potencial y experiencia en tareas que enriquezcan a su espacio laboral de pertenencia.

5. ESTADO DEL ARTE

5.1 *Presentación*

A los fines de aproximarnos al estado de conocimiento actual sobre el objeto de la presente investigación, se realizó una búsqueda sistemática de información desplegando tres vertientes:

- Búsqueda en bases bibliográficas de artículos publicados sobre el objeto de estudio.
- Consulta de documentos técnicos publicados por organismos vinculados con el mundo del trabajo en general y con el de la salud en particular.
- Consulta de publicaciones nacionales relacionadas con la temática.

La información recabada mediante la búsqueda propuesta en los últimos dos puntos fue incorporada al marco teórico, detallando en cada caso la fuente.

5.2 *Búsqueda en bases bibliográficas*

El objetivo fue relevar el tratamiento dado en artículos originales y revisiones publicadas en revistas indizadas, la relación del proceso de trabajo y la salud de los trabajadores de la salud. Considerando que el recorte de este trabajo apunta a aquellas situaciones que han generado un desgaste prematuro de la fuerza laboral, la búsqueda se enfocó en cuestiones relacionadas con las jubilaciones en general, y las generadas por invalidez laboral del trabajador en particular.

El análisis del desgaste prematuro de la fuerza laboral, que culmina en jubilaciones por invalidez, no aparece en la agenda actual de decisores políticos, ni en la de las representaciones gremiales de los trabajadores de salud en la provincia de Neuquén. Por esa razón pareció relevante indagar si esta cuestión ha sido motivo de estudio en otras latitudes, y en tal caso conformar un corpus documental que aporte elementos a contrastar con el producto del trabajo de investigación propuesto.

A los fines mencionados se realizó una búsqueda bibliográfica que giró en torno de dos ejes esenciales: los trabajadores de salud y las jubilaciones, ajustando la selección de artículos que conformarán el corpus, aplicando criterios de inclusión y exclusión que se mencionan más adelante.

5.2.1 Preguntas de investigación

La búsqueda bibliográfica se planteó a partir de intentar dar respuesta a estas preguntas:

- ¿Qué publicaciones tratan la relación trabajo, salud y jubilaciones por invalidez?
- ¿Qué dimensiones, categorías y variables consideran esas publicaciones para analizar el tema?
- ¿Qué discusiones, debates y líneas de investigación se registran en la literatura científica respecto de la relación salud de los trabajadores de salud y jubilación?

5.2.2 Recorte geográfico y temporal

Para la búsqueda de artículos relacionados con el tema no se realizó un recorte geográfico y se limitó la exploración al período comprendido entre 2009 y 2018. Es decir que se buscaron trabajos de investigación publicados en revistas indizadas con un máximo de diez años de antigüedad para ajustar el análisis a contextos temporales coincidentes con el estudio.

5.2.3 Tipos de documentos y soporte

Se consultaron para la elaboración del estado del arte, publicaciones en formato de artículos científicos originales y de revisión, disponibles en formato electrónico, publicados en revistas indizadas, excluyendo entrevistas, artículos de opinión, ensayos y editoriales. Se buscaron investigaciones epidemiológicas de tipo descriptivo, transversales o longitudinales, y también trabajos que eventualmente revisaron aspectos teóricos que aporten a la construcción de conocimiento respecto de la relación trabajo – salud y jubilación por invalidez.

5.2.4 Selección de bases de datos de bibliografía científica

Se buscaron publicaciones en revistas científicas indizadas y se incluyeron trabajos escritos en los idiomas inglés, portugués y español. Las bases de datos de bibliografía seleccionadas fueron: PubMed, BVS, SciELO y Scopus.

PubMed, que es la plataforma de búsqueda de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. cuenta con registros de literatura biomédica de revistas científicas y libros de la base de datos Medline. Los registros incluyen vínculos a contenido de texto completo alojados en PubMed Central, SciELO, o de los sitios web de los editores, comprendiendo registros publicados desde 1966. Los artículos procesados se indizan mediante el tesauro conocido como MeSH (*Medical Subject Headings*) que constituyen un conjunto de términos controlados

para permitir el uso de una terminología común para la búsqueda, lo cual proporciona un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma.

SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), es una biblioteca electrónica conformada por una red iberoamericana de colecciones de revistas científicas a texto completo y con acceso abierto, libre y gratuito. Se incluyó entre las bases consultadas porque congrega publicaciones regionales que no siempre son relevadas por otras bases.

BVS (Biblioteca Virtual en Salud), es un portal integrador de recursos conformado por una red de bibliotecas cooperantes pertenecientes a 30 países. Esta red está coordinada por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), centro especializado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) orientado a la cooperación técnica en información científica en salud, con sede en São Paulo, Brasil (Martinovich, 2015).

Scopus es una de las mayores bases de resúmenes y citas en el mundo, creada por la editorial Elsevier, que fue consultada por abarcar producción científica mundial de carácter multidisciplinario, siendo relevante para este estudio considerar distintas aristas que exceden el ámbito de lo sanitario. Sin perjuicio de ello es dable mencionar que un porcentaje significativo de los títulos que procesa Scopus califican en las áreas de las ciencias de la vida y medicina, tomando el 90% de las publicaciones de *Medline*.

5.2.5 Descriptores, términos libres y campos de búsqueda seleccionados

Para armar el mapa de términos aplicado para la búsqueda bibliográfica, se exploró en la Biblioteca Virtual en Salud la base de descriptores en ciencias de la salud (DeCS). Partiendo de las palabras *trabajadores de salud y jubilaciones*, se revisaron los descriptores incluidos en BVS. Se tuvo en cuenta también las palabras claves empleadas en artículos relacionados con el objeto de estudio y verificaron cuales están incluidos dentro de los términos MeSH utilizados en la base de PubMed.

Después de una etapa exploratoria se concluyó emplear para *trabajadores de salud* los términos: “health manpower”, “health personnel”, “health workforce” y “health workers”. Los dos primeros sub-términos son descriptores en ciencias de la salud y al mismo tiempo, términos MeSH; los otros son términos libres. A su vez para *jubilaciones* se empleó el término “retirement” que figura dentro del listado de DeCS y también como MeSH.

Los campos de búsqueda seleccionados fueron para SciELO, resumen; para BVS, título/resumen/asunto y para PubMed, tittle/abstract; para Scopus, se utilizó el campo de búsqueda article/title/abstract/keywords.

5.2.6 Síntesis de la búsqueda bibliográfica realizada

En la tabla que sigue se exponen los resultados de las búsquedas realizadas en las cuatro bases seleccionadas para esta tarea. Utilizando la combinación de términos que en cada caso se especifican, se encontraron un total de 384 artículos.

Tabla N° 3
Número de artículos recuperados según bases de datos, combinación de términos y campos de búsqueda

Base de datos	Término 1	Operador lógico	Término 2	Campo de búsqueda	Cantidad de artículos
BVS	"Health manpower" or "Health personnel" or "Health workforce" or "Health workers"	<i>and</i>	Retirement	Título Resumen Asunto	26
PubMed	"Health manpower" or "Health personnel" or "Health workforce" or "Health workers"	<i>and</i>	Retirement	Title/abstract	42
SciELO	"Health manpower" or "Health personnel" or "Health workforce" or "Health workers"	<i>and</i>	Retirement	Resumen	4
Scopus	"Health manpower" or "Health personnel" or "Health workforce" or "Health workers"	<i>and</i>	Retirement	Article, title, abstract, keywords	312

Fuente: elaboración propia.

5.2.7 Criterios de inclusión

Se incluyeron publicaciones científicas electrónicas de investigaciones que aborden el objeto de estudio en forma cuali y/o cuantitativa, de no más de 10 años de antigüedad y publicados en idioma español, inglés o portugués.

Se incorporaron al cuerpo documental los trabajos que refieren a jubilación que analizaron la relación trabajo y salud en trabajadores de la salud. Para ser incluidos en el corpus analizado se tuvo en cuenta además, que aludieran al retiro de la tarea activa por invalidez y que el trabajo se refiriera al sector público de salud.

5.2.8 Criterios de exclusión

No se incluyeron monografías, entrevistas, editoriales, cartas, artículos de opinión o ensayos.

5.2.9 Estrategias adicionales de búsqueda

No se emplearon otras estrategias para esta tarea, ya que la búsqueda sistemática de información para la elaboración del estado del arte de este trabajo consta de otras vertientes, como ya fue mencionado.

5.2.10 Proceso de búsqueda

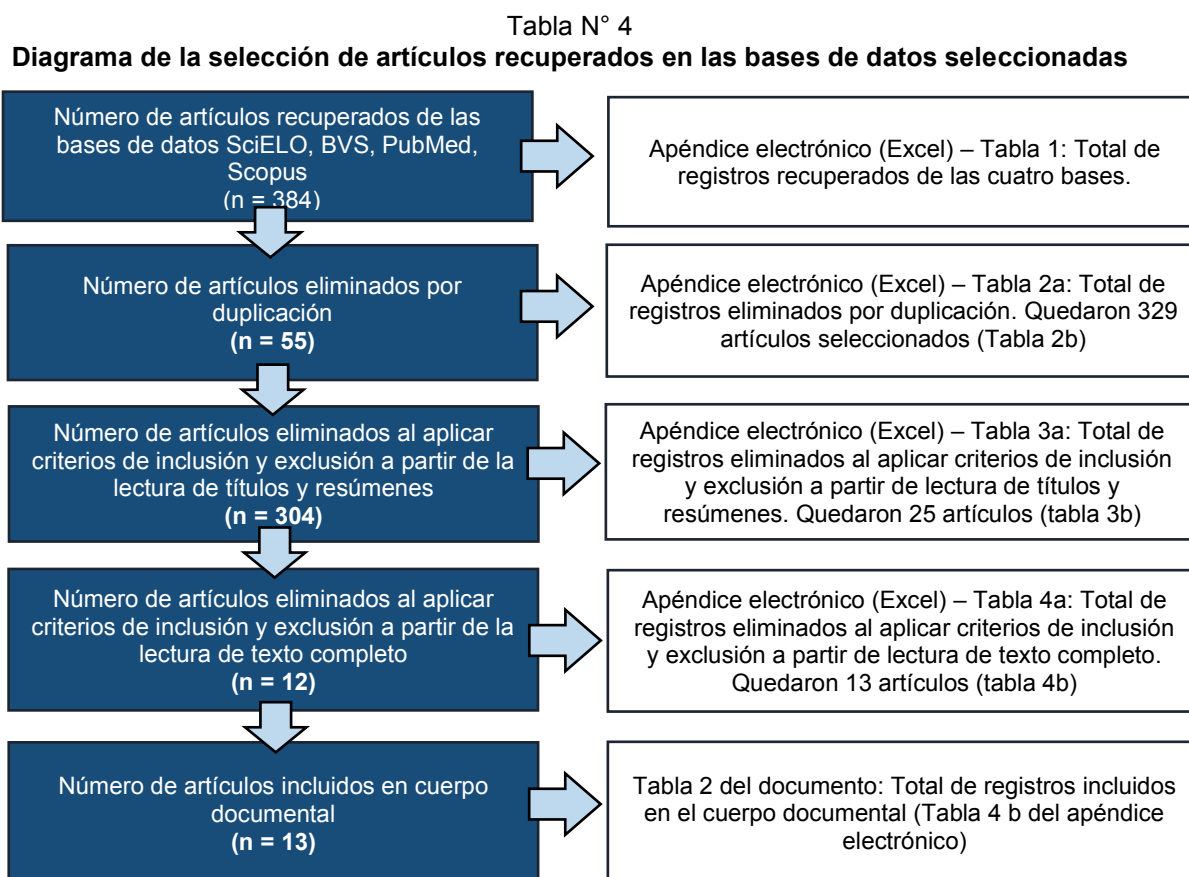
A partir del rescate de los artículos seleccionados para evaluar (384 artículos), y luego de descartar los duplicados (55 artículos), se construyeron dos archivos a fin de sistematizar y registrar la búsqueda. Por un lado se completó una planilla consignando si cada artículo cumplía con los criterios de inclusión, esto es, que se refirieran a una de estas cuestiones: salud del trabajador de salud, jubilación por invalidez y sector público y se apuntó una breve síntesis de su contenido, destacando aquellos trabajos que se consideraran para lectura completa del texto una vez analizados título y resumen (ver en el apéndice electrónico “tabla 2 b. para selección”). En paralelo se generó un registro con los resúmenes de todos los artículos seleccionados a fin de guardar registro compendiado de los mismos (ver adjunto “Resúmenes de artículos...”). Fueron seleccionados algunos artículos para lectura completa que no cumplían con los tres criterios de inclusión, pero que luego de la lectura del resumen se los consideró de utilidad a los fines de la construcción del estado del arte de este trabajo.

Después de la lectura de los 25 artículos seleccionados para lectura completa se elaboró otro registro con una breve síntesis del cada uno (título, autores, resumen) y un comentario sobre las razones que motivaron su eliminación (12 artículos). También se elaboró una planilla electrónica (tabla 3 b “detalle”) donde para cada artículo seleccionado para lectura completa se consignó cuáles de las 12 categorías analíticas abordaba. Finalmente la tabla 4 b del anexo electrónico del Estado del Arte, consigna los 13 artículos seleccionados con el detalle de las categorías analíticas que aborda cada uno y se agrega como **anexo 4**.

5.2.11 Cuerpo documental

Se agrega a este documento un apéndice electrónico con las tablas que registran los artículos recuperados y aquellos que fueron descartados por estar duplicados, no estar alcanzados por los criterios de inclusión y exclusión, o por haberse desestimado luego de la

lectura de título y resumen en primera instancia y de la lectura del texto completo en un segundo momento. La síntesis de ese proceso se expone en la figura 4.



Fuente: elaboración propia.

5.2.12 Categorías analíticas para evaluar el material rescatado

A los efectos de analizar las posibles relaciones existentes entre trabajo – salud – jubilaciones, en función de la gestación del estado del arte de este trabajo, e intentando responder a los interrogantes planteados para esta búsqueda en particular, se definieron previamente al análisis del cuerpo documental, las siguientes dimensiones:

1. **Agrupamiento de trabajadores.** Alude a los distintos sectores de trabajo existentes en la organización hospitalaria. Para rescatar elementos aplicables al presente trabajo, se utiliza la clasificación en seis agrupamientos: operativos (OP), auxiliares de salud (AS), administrativos (AD), técnicos (TC), profesionales (PF) o todos sin distinción de puesto de trabajo (T).

2. **Exigencia física.** Esta dimensión refiere al esfuerzo físico que implica la tarea que desempeña el grupo de trabajadores analizado de acuerdo a la función cubre en la organización.
3. **Exigencia psicológica.** Esta dimensión tiene dos componentes. Uno cuantitativo que indaga sobre el tiempo disponible para desarrollar las tareas que por su función le son encomendadas diariamente. El otro es cualitativo tiene dos vertientes: a) carga emocional detectada por el trabajador en función del trabajo con otras personas y b) esfuerzo cognitivo que demanda la tarea.
4. **Desarrollo profesional.** Indaga sobre el trabajo activo y el desarrollo de habilidades. Aborda el análisis de la relación de autonomía del trabajador y el desgaste laboral. La autonomía del trabajador tiene que ver con el desarrollo de las tareas y la posibilidad de adquirir conocimientos y habilidades que puedan aplicarse en favor de mejorar el desempeño laboral propio y del sector al que pertenece. En esta dimensión se analiza también la percepción del trabajador respecto de su crecimiento profesional en términos de cumplimentar pasos de una carrera.
5. **Comunicación, contención grupal y calidad de liderazgo.** Valora las relaciones interpersonales, la comunicación con pares y superiores. Indaga sobre aspectos funcionales (ayuda para desarrollar y cumplir la tarea encomendada) y aspectos emocionales (sensación de pertenencia grupal e institucional).
6. **Doble presencia.** Valora la existencia de exigencias sincrónicas entre el ámbito laboral y el doméstico-familiar. Esta doble presencia tiene un componente de esfuerzo físico-emocional y otro relacionado con los posibles conflictos de priorización de las demandas.
7. **Compensaciones y reconocimiento.** Aborda cuestiones tales como: seguridad en la continuidad laboral, reconocimiento y apoyo moral en el sector de trabajo, remuneraciones y recompensas acordes o no al esfuerzo exigido.
8. **Flujo de información y participación en decisiones.** En qué medida existen vehículos formales para compartir información referida al sector y al hospital y como se establecen mecanismos de toma de decisiones con participación de los trabajadores.
9. **Autopercepción del estado de salud.** Refiere a la percepción del propio estado de salud y si la misma está alterada por la condición de la persona en tanto trabajadora de salud.
10. **Sistema de cuidados de la salud del trabajador.** Indaga sobre los dispositivos establecidos por el sistema de salud para el cuidado de las personas que trabajan en él y su vinculación con las jubilaciones por invalidez.
11. **Ambiente laboral.** Refiere a las condiciones físicas, de confort y de seguridad de los establecimientos de salud.

12. Régimen laboral. Este ítem considera los horarios de labor, los turnos requeridos, incluyendo si se requiere presencia nocturna y si hay turnos rotativos. También si el vínculo laboral es de exclusividad (único empleo) o a tiempo parcial (alternativa de pluriempleo).

5.2.13 Conclusiones luego de la lectura de los artículos seleccionados

Para analizar el cuerpo documental se analizó el contenido agrupándolo de acuerdo a las dimensiones antes mencionadas de tal manera de poder dilucidar sobre qué aspectos de las relaciones trabajo – salud – jubilaciones existen registros de estudios realizados. Se expone una breve síntesis de cada artículo (título, autores, lugar del estudio, dimensiones analizadas y síntesis). Finalmente se agrega una conclusión resumen sobre el resultado de esta exploración bibliográfica.

Síntesis de los artículos seleccionados

1. *Effects of Interventions for Prevention of Sick Leave and Disability for Health Personnel*

Autores: Larun L, Dalsbø TK, Hafstad E, Reinar LM.

Lugar del estudio: Noruega

Dimensiones analizadas: 1, 2, 3, 10

Síntesis: revisión sistemática que apuntó a sintetizar la investigación sobre la eficacia de las intervenciones destinadas a prevenir la licencia por enfermedad y la jubilación por discapacidad para los empleados de los servicios de salud y cuidado. Ninguno de los estudios reportó la jubilación por discapacidad como resultado. Se trata de una revisión sistemática que consideró 12 estudios randomizados y aleatorizados (ECCA) de los cuales ninguno reportó como *outcome* la jubilación por invalidez (*disability retirement*), pero consideró aspectos que a priori se incluyeron en las dimensiones previstas para analizar el objeto de estudio. En general, los resultados de los estudios incluidos no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las diferentes intervenciones.

2. *Workplace-based interventions for employees' mental health*

Autores: Dalsbø TK, Thuve Dahm K, Austvoll-Dahlgren A, Knapstad M, Gundersen M, Merete Reinar L.

Lugar del estudio: Noruega

Dimensiones analizadas: 1, 3, 5, 12

Síntesis: La gestión del estrés para los trabajadores sanitarios puede reducir posiblemente el riesgo de ansiedad. Posiblemente puede haber un efecto positivo de corto plazo en el estrés y el agotamiento. Es incierto si el entrenamiento de imagen mental, el entrenamiento físico o el manejo del estrés tiene un efecto sobre la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático, el estrés o el agotamiento en la persona policial. Es incierto si la jubilación gradual, o el trabajo involuntario a tiempo parcial tiene un efecto en la salud mental de los empleados. No se sabe si los arreglos de trabajo flexibles reducen el estrés, la tensión mental o afectan la calidad de vida, la restitución, la autoimagen, la calidad del sueño y el estado de alerta en los empleados. Si bien el estudio no se limita a trabajadores de salud y las conclusiones se asumen como de bajo nivel de evidencia, consideró aspectos que a priori se incluyeron en las dimensiones previstas para analizar el objeto de estudio.

3. Asociación de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y calidad de vida entre los trabajadores de la salud

Autores: Barel M; Cavalcante de Andrade Louzada J, Luiz Monteiro H; do Amaral L

Lugar del estudio: Brasil

Dimensiones analizadas: 1, 9, 10, 12

Síntesis: El estudio está centrado en salud de los trabajadores de salud, respecto de aspectos físicos (sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes). Considera aspectos que se incluyeron en las dimensiones previstas para analizar el objeto de estudio, haciendo foco en medidas que podrían evitar jubilaciones por invalidez.

4. Adverse effects on health and wellbeing of working as a doctor: views of the UK medical graduates of 1974 and 1977 surveyed in 2014

Autores: Smith F, Goldacre MJ, Lambert, TW

Lugar del estudio: Reino Unido

Dimensiones analizadas: 1, 2, 3, 4, 9, 10, 12

Síntesis: El trabajo releva los resultados de cuestionarios enviados en 2014 a 3695 graduados médicos del Reino Unido de 1974 y 1977 (médicos sobre el final de sus respectivas carreras o ya jubilados). El trabajo no refiere en forma directa a la jubilación por invalidez sino a la percepción que la profesión médica implica en términos de efectos adversos sobre la salud y el bienestar del médico. En respuesta a la pregunta "¿Siente que trabajar como médico ha tenido algún efecto adverso en su propia salud o bienestar?", El 44% de los médicos respondió

"sí". Más médicos de cabecera (47%) que médicos del hospital (42%) especificaron que este era el caso. el estrés crónico y la enfermedad, que estos médicos atribuyeron a su trabajo, fueron ampliamente reportados. Los médicos más experimentados, en particular, necesitan apoyo para poder continuar con éxito en sus carreras.

5. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania

Autores: Malinauskiene, V., Leisyte, P., Romualdas, M., Kirtiklyte, K.

Lugar del estudio: Lituania

Dimensiones analizadas: 1, 2, 3, 5, 9, 10

Síntesis: el estudio investigó la asociación entre la salud autocalificada y los factores psicosociales en el trabajo y la vida cotidiana (demandas laborales, control laboral, apoyo social, acoso en el lugar de trabajo, eventos potencialmente mortales). Es un estudio transversal utilizando una muestra representativa de enfermeros del departamento de medicina interna de los hospitales lituanos. Alrededor del 60,4% de las enfermeras calificaron su salud negativamente. Las altas demandas de empleo, el bajo control laboral, el bajo apoyo social en el trabajo, los eventos potencialmente mortales, la baja actividad física, el sobrepeso, la obesidad, la angustia mental, la insatisfacción laboral y la débil sensación de coherencia se asociaron con salud negativa auto-calificada. El trabajo concluye que en los hospitales lituanos deben aplicarse estrategias preventivas contra las condiciones de trabajo psicosociales adversas de las enfermeras.

6. Attendance barriers experienced by female health care workers voluntarily participating in a multi-component health promotion programme at the workplace

Autores: Ilvig PM, Bredahl TVG, Justesen JB, Jones D, Lundgaard JB, Søggaard K, Christensen JR

Lugar del estudio: Dinamarca

Dimensiones analizadas: 1, 2, 5, 10

Síntesis: El trabajo no refiere en forma directa a la jubilación por invalidez sino a la evaluación de políticas de promoción de la salud del trabajador de salud tendientes a reducir las enfermedades que potencialmente pueden aquejarlos, producir ausencias y eventualmente jubilaciones por invalidez. El estudio evalúa la implementación de programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT). Considerando que a pesar de los beneficios logrados

al participar en un PSLT, una revisión sistemática mostró que solo entre el 10 y el 50% de los empleados participaron y que el desafío era la falta de participación, este estudio buscó identificar y explorar las barreras de asistencia experimentadas por las trabajadoras de la salud que participaron voluntariamente en una sesión semanal de capacitación multicomponente de una hora, dentro de un PSLT, durante un período de un año. Se concluyó que los factores organizativos y de intervención son las dos barreras de asistencia más importantes y se proponen medidas a tener en cuenta para nuevas experiencias de este tipo.

7. *Burnout in Belgian physicians and nurses*

Autores: Vandebroek S, Van Gerven E, De Witte H, Vanhaecht K, Godderis L.

Lugar del estudio: Bélgica

Dimensiones analizadas: 1, 3, 4, 5, 6, 11, 12

Síntesis: El estudio pone el foco especialmente en la exigencia psicológica y sus implicancias en médicos y enfermeras de hospitales belgas. El trabajo analiza a partir de indagar sobre el *burnout* algunas de las dimensiones elegidas para analizar el objeto de estudio desde la promoción-prevención.

Participaron 1169 médicos y 4531 enfermeras; tasa de respuesta del 26%. El 81% de los que contestaron eran mujeres. Este estudio encontró que el 12% de las enfermeras y el 17% de los médicos estaban en riesgo de agotamiento y el 6% de las enfermeras y el 5% de los médicos superaron el umbral en tres dimensiones de *burnout* (despersonalización, agotamiento emocional, competencia personal). Los autores concluyen que los factores relacionados con el trabajo fueron correlaciones críticas del agotamiento emocional, que estaban fuertemente relacionados con la mala salud y la intención de la rotación.

8. Causes and factors influencing nurses entering vocational rehabilitation in Germany – results of the pilot study Reha-Biograf

Autores: Weidner F, Brünnett M, Müller M, Cissarz I.

Lugar del estudio: Alemania

Dimensiones analizadas: 1, 2, 3, 9, 10

Síntesis: Los cuidadores profesionales están expuestos a altas cargas relacionadas con el trabajo. En Alemania, las tasas de jubilación anticipada son más altas que en otras profesiones, con la rehabilitación vocacional como un esquema para contrarrestar eso. El trabajo refiere en forma indirecta a la jubilación por invalidez y enfoca en las exigencias físicas

y psicológicas secundarias al recorte de personal de enfermería con el consecuente incremento de carga laboral. Analiza una estrategia para contrarrestar la jubilación anticipada incluyendo en el análisis algunas de las categorías analíticas consideradas para el análisis del objeto de estudio.

9. Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers

Autores: Christensen JR, Faber A, Ekner D, Overgaard K, Holtermann A, Sogaard K.

Lugar del estudio: Dinamarca

Dimensiones analizadas: 1, 10

Síntesis: El trabajo refiere en forma indirecta a la jubilación por invalidez y a partir de asumir la alta prevalencia de sobre peso y obesidad en trabajadoras de salud, propone una intervención triple (dieta, actividad física, apoyo psicológico) como estrategia para mejorar la salud del. Analiza una estrategia para contrarrestar la jubilación anticipada incluyendo en el análisis algunas de las categorías analíticas consideradas para el análisis del objeto de estudio.

10. Examining the sources of occupational stress in an emergency department

Autores: Basu S, Yap C, Mason S.

Lugar del estudio: Reino Unido

Dimensiones analizadas: 1, 2, 5, 7, 8

Síntesis: Se trata de una investigación basada en un cuestionario codiseñado por un profesional de la salud ocupacional y la gestión del servicio de urgencias administrado al personal de enfermería, médico y de apoyo en el servicio de urgencias de un gran hospital de enseñanza en el norte de Inglaterra en 2015. El estudio analiza el stress laboral en personal del departamento de emergencias de un gran hospital inglés en 2015. Si bien una de las consecuencias del stress relacionado con el trabajo es la jubilación anticipada, este estudio no refiere específicamente a las jubilaciones por invalidez que pudieran reconocer ese origen. Sí considera algunas de las categorías analíticas planteadas, como por ejemplo cuestiones relativas a las comunicaciones, la participación en la toma de decisiones y en la organización del servicio (cultura de gestión “de arriba hacia abajo” y dificultades interpersonales con colegas de trabajo dentro y entre grupos profesionales) o el equilibrio entre esfuerzo y recompensa por el trabajo.

11. *Should I stay or should I go? Career change and labor force separation among registered nurses in the U.S.*

Autores: Nooney JG, Unruh L, Yore MM

Lugar del estudio: Estados Unidos

Dimensiones analizadas: 1, 2, 4, 5, 6, 9

Síntesis: El trabajo analiza la deserción de enfermería en Estados Unidos con dos salidas, el abandono de la fuerza laboral en salud o bien el cambio de carrera. El estudio considera la doble presencia y la interferencia con responsabilidades en el hogar (parejas e hijos que menciona como personas dependientes), el cambio de carrera. Las enfermeras con más formación (magíster) que desempeñan otras funciones no siguen el mismo patrón y en esta instancia dos aspectos que aparecen atractivos son la autonomía en el trabajo y la cuestión salarial. El estudio reconoce que se carece de un grupo crítico de variables que midan la satisfacción de los enfermeros con el entorno de trabajo, como la carga de trabajo, la autonomía, la gobernanza compartida, la demanda física y las oportunidades de avance. La investigación deja planteados interrogantes para nuevas indagaciones vinculadas con el análisis del comportamiento de la fuerza de trabajo de enfermería.

Si bien no versa específicamente sobre jubilaciones por invalidez, resulta de utilidad considerar las variables que se vinculan con el desgaste de esta fuerza laboral que conllevan el riesgo de escasez de enfermeras, ya sea vía abandono directo de los equipos de salud o por cambio de carrera.

12. *The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses*

Autores: Boamah SA, Laschinger H.

Lugar del estudio: Canadá

Dimensiones analizadas: 1, 3, 5, 6, 8, 11

Síntesis: El sujeto de esta investigación es el colectivo de enfermeras canadienses recién graduadas. Se intenta dilucidar el impacto de la interferencia entre la vida laboral y la vida personal para indagar sobre las causas del temprano abandono de la profesión en un contexto de escasez de recursos de enfermería. La injerencia en la vida laboral como una forma de conflicto entre roles por el cual las demandas de nuestro trabajo y las demandas de la vida personal son mutuamente incompatibles, de tal manera que satisfacer las demandas en un dominio (es decir, el trabajo) hace difícil satisfacer las demandas en el otro (es decir, el hogar).

La investigación evaluó niveles de *burnout* como *income* utilizando subescalas de agotamiento emocional y cinismo de la '*Maslach Burnout Inventory-General Survey*' y como *outcome* el deseo de dejar el trabajo preguntando sobre tres elementos: "Planeo dejar mi trabajo dentro del próximo año", "He estado buscando activamente otros trabajos" y "No quiero permanecer en mi trabajo".

El estudio no aborda la problemática de reducción de fuerza laboral por jubilación por invalidez, tampoco plantea el desequilibrio vida laboral-personal como causa de invalidez, pero refuerza la necesidad de incorporar algunos de las categorías analíticas propuestas para abordar el tema central del estudio. Los resultados de este estudio ponen de relieve el papel de los factores estructurales (áreas de la vida laboral) y personales (interferencia de la vida laboral) para influir conjuntamente en la intención de las nuevas enfermeras de posgrado de permanecer en sus trabajos, por lo que aportan elementos a partir de esta observación aplicables a otras circunstancias que lleven al abandono del trabajo, potencialmente pedido de retiro vía jubilación por invalidez.

13. *Conceptual Models of Early and Involuntary Retirement among Canadian Registered Nurses and Allied Health Professionals*

Autores: Hewko S, Reay T, Estabrooks CA, Cummings GG.

Lugar del estudio: Canadá

Dimensiones analizadas: 1, 2, 4

Síntesis: Es una revisión sistemática que analizó 23 estudios (8 meta-análisis, 3 revisiones sistemáticas sobre jubilaciones en enfermeras y 12 estudios originales sobre jubilaciones de enfermeras y de "profesionales aliados") sobre jubilación anticipada e involuntaria. La investigación no refiere específicamente a las jubilaciones por invalidez, que a priori podrían considerarse como "involuntarias", pero resulta útil a efectos de delimitar el alcance de algunos términos utilizados en la bibliografía (jubilación anticipada, voluntaria e involuntaria).

Definen la jubilación anticipada como jubilación entre las edades de 55 y 65 años; esta definición fue la más comúnmente reportada en la revisión sistemática de van den Berg, Elder y Burdorf (2010) de estudios longitudinales que identifican factores asociados con la jubilación anticipada no infantil. La jubilación involuntaria, para nuestros propósitos, ocurre cuando una persona percibe que su salida tardía de la fuerza laboral fue involuntaria. La jubilación involuntaria puede ser anticipada o "a tiempo".

Es una definición subjetiva, es decir de acuerdo a lo percibido por el trabajador encuestado y no basada en parámetros establecidos. La jubilación por invalidez para el sistema aplicado en

Neuquén, por el contrario, es un tipo de “beneficio” que implica un procedimiento específico, que aplica un protocolo de actuación y requiere de un dictamen que categoriza a esa jubilación anticipada como producto de la incapacidad laboral de esa persona (mayor del 66% de incapacidad laboral).

El estudio compara la forma en que deciden sobre su jubilación enfermeras y profesionales de la salud aliados (incluyen fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, nutricionistas, farmacéuticos, etc.). Es un estudio exploratorio que no parte de la hipótesis de que hay una diferencia significativa entre ambos grupos, pero los autores sospechan que sí la hay, está relacionada con que las enfermeras tienen tasas más altas de enfermedades profesionales y lesiones y sus tareas y horarios de trabajo son, frecuentemente, más exigentes físicamente.

El modelo de comportamiento de jubilación de Beehr reconoce que tanto los factores personales como ambientales contribuyen a la jubilación y clasifica la jubilación como voluntaria, involuntaria, parcial completa o a tiempo (Beehr, 1986). El concepto de factores de empuje, distintos de los factores de tracción, es útil cuando se explora la toma de decisiones, ya que permite a los investigadores evaluar eficazmente si las personas están tomando decisiones para escapar de circunstancias indeseables o como un medio de acceso circunstancias superiores

La perspectiva del curso de vida de Elder Jr., se adoptó en este estudio porque incorpora varios temas distintos: 1. interconexión entre los cambios sociales y la vida humana (es decir, cohorte o efectos generacionales; 2. vidas interdependientes o vinculadas; 3. el momento de la vida (por ejemplo, matrimonio tardío o precoz, embarazo adolescente; y; 4. agencia humana.

No refiere a la jubilación por invalidez en forma directa, pero remite a algunos artículos como por ejemplo el de Boumans de 2008 o el de van Rijn de 2004, que registran como factores vinculados con la jubilación las causas de salud física o psíquica.

Conclusión resumen de la exploración bibliográfica

Los textos analizados dan cuenta de un tratamiento que se correlaciona con las categorías analíticas propuestas para abordar el objeto de estudio. Con menciones directas, pero en casi todos los casos indirectas, respecto de las jubilaciones por invalidez, estos estudios contribuyen al análisis de las causales que encuentran a esa terminación anticipada de la vida laboral como punto final de un trayecto durante el cual se presentaron señales que deben ser atendidas en forma oportuna.

Las conclusiones que aportan los artículos rescatados, exponen además algunas recomendaciones respecto de las medidas o tácticas que podrían implementarse para mejorar la salud integral de los trabajadores de salud y atenuar el impacto de las jubilaciones anticipadas, incluyendo entre éstas a las generadas por invalidez del trabajador.

Ambas vertientes resultantes de la lectura de estos trabajos y de los que surgen como bibliografía adicional por estar referidos en algunos de los artículos seleccionados, fueron consideradas en el apartado de discusión de este trabajo.

Finalmente, es dable mencionar que el número de artículos que cumplen con las condiciones de inclusión/exclusión fue menor que el esperado, lo cual marca de alguna manera la necesidad de profundizar en la investigación de la problemática objeto de este estudio.

5.2.14 Material no incluido en el cuerpo documental

Respecto del conjunto de artículos que fueron excluidos del corpus, ya sea porque no reunían los criterios de inclusión, o bien porque cumplían uno o más de exclusión, se hizo otro análisis.

Así, respondiendo a uno de los interrogantes de esta búsqueda, se consignaron los principales temas de discusiones, debates y líneas de investigación registradas en los artículos seleccionados, relacionados con la jubilación de los trabajadores de salud.

Se dividió este aspecto en temas directamente vinculados con los trabajadores de salud y otros referidos a la población asistida. Del material revisado puede concluirse que los principales temas de abordaje son los siguientes:

Relacionados con los trabajadores de salud

- Estudios de oferta y demanda de distintos puestos de trabajo en función del envejecimiento y jubilación e los trabajadores de salud.
- Investigaciones relacionadas con la escasez, actual o proyectada, de distintas especialidades médicas y no médicas (enfermería, kinesiología, odontología) y en emplazamientos particulares como las áreas rurales de países de altos y bajos ingresos.
- Investigaciones sobre el perfil de los trabajadores en edades avanzadas y de trabajadores de salud que siguen ejerciendo después de la edad jubilatoria.
- Estudios relacionados con sistematización y métodos para planificación de recursos humanos en salud habida cuenta de las necesidades detectadas.

- Estrategias para mejorar el reclutamiento y la retención de trabajadores de salud, incluyendo la prolongación de la edad jubilatoria.
- Estudios sobre capacitación de cuidadores de ancianos en domicilio o en instituciones y otras investigaciones vinculadas con la asistencia de esta población vulnerable.
- Estudios (la mayor parte de ellos encuestas) sobre el perfil de la fuerza de trabajo de diferentes sectores, por especialidades médicas, de enfermería y de otros trabajadores de salud (rehabilitación, odontología). Incluyen descripciones socio demográficas, promedios salariales, tamaños relativos de las mismas, perfil de formación, obstáculos en el trabajo, cuestiones de género, estrategias para reemplazo de la fuerza de trabajo envejecida y próxima a jubilarse, causas de cambio de especialidad o carrera, etc.
- Estudios relacionados con motivación, satisfacción del trabajadores de salud, condiciones de trabajo incluyendo el entorno psicosocial y su relación con el retiro anticipado, factores de retención en entornos particulares como el trabajo en áreas rurales o en servicios críticos como emergencias y unidades de cuidados intensivos.
- Estudios sobre morbilidad de trabajadores de salud y su potencial vinculación con las jubilaciones (obesidad, riesgo cardiovascular, stress labora).
- Estudios sobre factores relacionados con la intención de los trabajadores de salud (médicos y enfermeras) de retirarse de la práctica activa prematuramente (antes de cumplir la edad jubilatoria) debido a cuestiones vinculadas con el entorno laboral, las exigencias burocráticas, la presión sufrida en el ejercicio laboral, entre otros aspectos y sobre la preparación y la planificación de la propia jubilación.

Al mismo tiempo llama la atención que de los trabajos relevados, habiendo puesto especial atención en utilizar términos amplios para identificar a los trabajadores de salud, no se encuentran artículos que analicen la situación de gran parte del equipo de salud. Así los sectores operativos (mucamas, cocineras, personal de lavadero, maestranza, mantenimiento) como los trabajadores dedicados al traslado de pacientes (choferes, camilleros) o de atención al público y dedicados a tareas administrativas, no aparecen como sujetos de estudio en este grupo de artículos seleccionados.

Relacionados con personas jubiladas

- Investigaciones sobre la atención domiciliaria de jubilados con personal voluntario o profesional.
- Estudios relacionados con la asistencia institucional (hogares y colonias) de jubilados.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Investigaciones vinculadas con distintas modalidades de oferta de prestaciones a jubilados (cirugías, rehabilitación, etc.).
- Estudios vinculados con la demanda y comportamiento de pacientes en referencia a médicos añosos o que se jubilan.

Respecto de este aspecto destaca el escaso desarrollo en materia de investigaciones sobre el impacto de la culminación anticipada de la vida laboral en trabajadores de salud. Esta observación da lugar a su vez a otras preguntas que serán consideradas en el apartado dedicado a la discusión de los resultados del presente estudio y las conclusiones del mismo.

6. METODOLOGÍA

“Solo hay un medio para poder saber cuándo una legislación del trabajo tiene un fin sanitario, y ese medio –insisto– es la estadística. Toda reforma que no modifique los índices de mortalidad, de morbilidad, de invalidez, de nupcialidad, de maternidad, de nutrición, no es una ley que tenga alcances sanitarios.”
Dr. Ramón Carrillo
(Discurso de cierre del Congreso Medicina del Trabajo, 1949)

6.1 Ámbito y duración del estudio

El presente estudio se desarrolló en el ámbito del sistema público de salud de la Provincia del Neuquén y se concretó entre enero de 2020 y diciembre de 2021, según el cronograma de acciones que se esquematiza más adelante.

6.2 Diseño de investigación

Esta investigación se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, de corte transversal, de tipo cuantitativo, que analizó las jubilaciones por invalidez otorgadas en Neuquén a los trabajadores de la red pública de salud en el período 2010-2019.

6.2.1 Identificación de la población

6.2.1.1 Universo del estudio

Está constituido por los trabajadores jubilados de la administración pública de Neuquén.

6.2.1.2 Unidad de análisis

Trabajador/a de salud jubilado/a por invalidez que desempeñó funciones en la red pública de salud de Neuquén.

6.2.1.3 Población de estudio

Trabajadores de salud del sistema público de salud de Neuquén, jubilados por invalidez en el período comprendido entre 2010 y 2019.

6.2.1.4 Criterios de inclusión

Para este análisis fueron incluidos todos los trabajadores que se jubilaron por invalidez entre los años 2010 y 2019 y que percibían haberes jubilatorios al 31 de diciembre de 2019.

6.2.1.5 Criterios de exclusión

Fueron excluidos aquellos trabajadores que dejaron de pertenecer a la red pública de salud de Neuquén por renuncia, fallecimiento o jubilación por cualquiera de las otras modalidades legalmente vigentes.

6.2.2 Identificación de las variables

6.2.2.1 Variable dependiente

Se asume esta variable como la consecuencia o efecto del proceso en estudio y núcleo del objeto construido.

- **Identificación de la variable:** jubilación por invalidez
- **Dimensión** (¿Qué significa y en qué marco será aplicada?): trabajador de salud del sistema público de salud de Neuquén con problemas de salud física, psicológica o combinación de ambas, que se encuentra incapacitado para continuar con sus tareas laborales.
- **Indicadores o parámetros** (Cómo se mide y cómo se registra):
 - **Grado de incapacidad laboral** (igual o superior al 66%) resultante de la evaluación realizada por una junta médica.
 - **Naturaleza de la invalidez.** De acuerdo a lo estipulado por la Junta Médica, refiere a si es física o psicofísica.
 - **Instancia de otorgamiento del porcentaje suficiente para llegar a la jubilación por invalidez** (1° instancia y 1° o 2° apelación).
 - **Años de vida laboral perdidos.** Refiere a la cantidad de años que el agente perdió de vida laboral activa al tener que dejar anticipadamente su puesto de trabajo. Surge de la resta entre la edad estipulada para jubilarse (55 años en la mujer y 60 en los varones) y la edad al momento de acogerse al beneficio de la jubilación por invalidez.

Tabla N° 5
Operacionalización de la variable dependiente

Variable	Dimensión	Componentes	Indicadores	Instrumento de recolección
Jubilación por invalidez	Trabajador de salud del SPPS con afectación de salud física, psíquica o ambas, incapacitado para continuar con tareas laborales, motivo por el cual accedió a la jubilación por invalidez en el período 2010-2019	Grado de incapacidad	Porcentaje de incapacidad según Baremos (Decreto 478/98)	Dictámenes de juntas médicas del ISSN
		Naturaleza de la invalidez	Física	
			Psico-física	
		Instancia de otorgamiento	1° instancia	
			1° apelación	Información suministrada por la Dirección de Jubilaciones y pensiones del ISSN
			2° apelación	
		Años de vida laboral perdidos	Cálculo de años completos que el agente perdió considerando la edad estipulada para su retiro	

Fuente: elaboración propia

6.2.2.2 Variables independientes

Se asumen como variables independientes a aquellas cuya existencia explican, o la causa, o bien el antecedente, del fenómeno que se describe como variable dependiente.

A su vez, las variables independientes aparecen reflejadas en los objetivos específicos ya que surgen del desagregado del fenómeno en estudio.

En todos los casos son variables de atributo ya que se trata de características previas que simplemente se observan y miden.

En la tabla 6 se expone la operacionalización de las variables independientes consideradas en este estudio.

Tabla N° 6
Operacionalización de las variables independientes

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Componentes	Indicadores	Instrumento de recolección
Proceso de trabajo en salud	Considera aspectos que se vinculan con el tipo de tarea que desarrolla el agente, los problemas de salud vinculados con la naturaleza de su incapacidad laboral, su relación con el trabajo y el proceso de otorgamiento del beneficio	Cualitativa	Agrupamiento. Refiere al agrupamiento en que está encasillado el agente según CCT (Ley Prov. 3118/18)	Operativo (OP)	Dictámenes de juntas médicas del ISSN
				Administrativo (AD)	
				Asistente de la salud (AS)	
				Técnico (TC)	
				Profesional (PF)	
				Autoridades políticas (AP)	
			Diagnósticos registrados. Refiere a los diagnósticos registrados por la Junta Médica del ISSN	Diagnósticos registrados (textuales)	
				Codificación por CIE-10	
				Porcentaje de invalidez laboral que genera cada diagnóstico	
				SI	

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

			Relación trabajo-invalidez. Surge de la lectura del dictamen de Junta Médica.	NO	
			Instancia de otorgamiento. Refiere a en que instancia se otorgó el beneficio de la jubilación por invalidez	Dudoso (DD)	
				1° instancia	
				1° apelación	
				2° apelación	
			Naturaleza de invalidez. Considera la clasificación apuntada por Junta Médica	Física	
				Psicofísica	
Dispositivos destinados al monitoreo y cuidado de la salud	Refiere a aspectos relacionados con Salud Laboral como actividad organizada por la institución para atender la salud de los trabajadores	Cualitativa	Prevenibles. Refiere a la posibilidad de que el problema de salud hubiese podido ser evitado o atenuado	Prevenible (P)	Dictámenes de juntas médicas del ISSN
				No prevenible (NP)	
				Dudoso (DD)	
			Enumeración de opiniones recabadas vinculadas con distinto momentos	Ingreso al sistema de salud	Opiniones recabadas en entrevistas a responsables de la tarea
				Cuidado y monitoreo	

Fuente: elaboración propia

6.2.2.3 Variables confusoras

Este estudio epidemiológico descriptivo de corte transversal, de tipo cuantitativo, utiliza una fuente limitada de información (dictámenes de juntas médicas realizadas a los trabajadores jubilados). Podrían ser variables confusoras para este caso la forma de ingreso a la administración pública (con o sin procesos de selección mediante concurso), o la historia laboral del agente (medidas disciplinarias, perfil de ausentismo por causas, cambios de funciones o lugares de trabajo, etc.).

Aunque no es posible por la fuente de información y/o el diseño de la investigación (se descartó la posibilidad de realizar entrevistas por una limitación ética), acceder a ciertos datos, del análisis que se realizó una vez completo el proceso de recolección de datos surgen algunas variables que pueden modificar la variable dependiente, e incluso resultar de utilidad para estudios ulteriores.

Dentro de la información rescatada se consideran que podrían ser catalogadas a priori, como variables modificadoras o de control, las que se exponen en la siguiente tabla.

Tabla N° 7
Operacionalización de las variables de control

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Componentes	Indicadores	Instrumento de recolección
Sexo	Refiere al sexo del agente jubilado por invalidez	Cualitativa	Varón	V	Información suministrada por la Dirección de Jubilaciones y pensiones del ISSN
			Mujer	M	
Nivel educativo Nivel	Refiere al máximo nivel educativo completo alcanzado	Cualitativa	Analfabeto o primario incompleto	A	Dictámenes de juntas médicas del ISSN
			Primario completo	P	
			Secundario completo	S	
			Terciario o universitario	U	

Fuente: elaboración propia

6.3 Métodos técnicos y operativos

6.3.1 Diagrama completo del estudio

Se propuso el desarrollo de esta investigación en las siguientes fases:

Fase 1. Análisis de base de datos de jubilados de toda la administración pública provincial

Para esta fase la fuente de información fueron archivos de datos facilitados por la Dirección de Prestaciones de jubilaciones y pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN).

El objetivo de esta fase fue verificar el número y porcentaje de jubilados por invalidez en cada organismo de la administración pública. Si bien esta fase no hace al núcleo del estudio, que refiere a trabajadores de salud, se consideró relevante contar con esta información para apreciar la situación del sector salud en el contexto del conjunto de la administración pública.

Preguntas que se desean responder al analizar la información recabada:

- ¿Cuántos jubilados de la administración pública neuquina se registran al 31 de diciembre de 2019?
- ¿Qué porcentaje de jubilados que corresponde a cada organismo provincial?
- ¿Cuántos jubilados por invalidez se registran al 31 de diciembre del 2019?
- ¿Qué porcentaje de los jubilados totales, corresponden a jubilaciones por invalidez?
- ¿Cuál es el porcentaje de jubilados por invalidez en cada organismo público provincial?

- ¿Cuál es el porcentaje de jubilados por invalidez en cada organismo público provincial respecto del total de ese tipo de beneficio?

Fase 2. Análisis de base de datos de jubilados del Sistema Público de Salud de Neuquén

Para esta fase la fuente de información fue la Dirección de Prestaciones de jubilaciones y pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN).

El objetivo de esta fase fue verificar el porcentaje de jubilados por invalidez en cada agrupamiento, por sexo, y años de vida laboral perdidos.

Preguntas que se desean responder al analizar la información recabada:

- ¿Cuántos son los jubilados totales de salud al 31/12/2019?
- ¿Cuál es la relación trabajadores activos/jubilados en salud pública de Neuquén?
- ¿Cuántos son jubilados por invalidez?
- ¿Cuántas jubilaciones por invalidez fueron aprobadas en cada año del lapso que incluyó el estudio?
- ¿Cuál es el porcentaje de jubilados por invalidez respecto del total de jubilados?
- ¿Cuál es el porcentaje de jubilados por invalidez por cada agrupamiento?
- ¿Cuál es el porcentaje de jubilados por invalidez por sexo?
- ¿Cuántos años de vida laboral se perdieron por jubilaciones por invalidez en cada agrupamiento de trabajadores de salud?
- ¿Cuál es el impacto económico para el sistema público de salud de Neuquén, la pérdida de años laborales producto de las jubilaciones por invalidez?

Para responder a este último interrogante se considerarán los años de vida laboral perdidos como consecuencia de la culminación anticipada de la vida laboral del grupo de personas incluidas en el estudio y se lo relacionará con el costo salarial del sector salud que surge de la información publicada por el Ministerio de Economía de la Provincia del Neuquén. Se considerará para esta estimación además los sueldos testigos, también publicados por el Ministerio de Economía, para cada agrupamiento, función y antigüedad.

Fase 3. Análisis de los dictámenes de juntas médicas realizadas para evaluar porcentaje de invalidez de trabajadores de salud del Sistema Público de Salud de Neuquén

La fuente de datos fue el Instituto de Seguridad Social del Neuquén, específicamente la Junta Médica que evalúa los casos de solicitud de jubilación por invalidez, dictamina el porcentaje de incapacidad laboral y registra esta información.

Se consideraron los casos de jubilaciones otorgadas en el período comprendido entre 2010 y 2019 (años completos), teniendo en cuenta la fecha de alta, esto es, la fecha a partir de la cual la persona es acreedora al beneficio. Para el caso de un trabajador que se jubila, es el día siguiente a cesar el servicio activo.

El objetivo planteado fue realizar un análisis epidemiológico de causas de invalidez laboral y su posible relación con el trabajo, codificando las causas que motivaron la jubilación de acuerdo al código internacional de enfermedades, 10° versión (CIE-10).

Para el registro en esta base se procedió así:

Los datos de identificación surgieron de las bases 1 y 2

Se transcribieron los diagnósticos 1 al 5 en forma textual lo apuntado por la junta médica que calificó el grado de invalidez del trabajador.

Cada diagnóstico asentado por la junta médica se codificó de acuerdo al código internacional de enfermedades, 10° versión (CIE-10).

Se registró el lugar de trabajo (hospital o nivel central), como así también el tiempo en el último destino, utilizando el programa del ISSN “ESTA05” instalado en las dependencias de la obra social provincial.

Preguntas que se desean responder al analizar la información recabada:

Sobre el lugar de trabajo

- Porcentaje de jubilados por invalidez por zona sanitaria y hospital.
- Tasa de jubilados por invalidez por hospital.

Sobre las causas de invalidez

- Porcentaje de causas físicas y psíquicas.
- Porcentaje de causas físicas y psíquicas por agrupamiento.
- Porcentaje de situaciones evitables o reducibles por diagnóstico y/o tratamiento oportuno.
- Porcentaje de causas directamente relacionadas con el trabajo de acuerdo al registro realizado por la junta médica actuante.
- Porcentaje de situaciones pasibles de ser detectadas al ingreso al puesto de trabajo.
- Diagnósticos por CIE-10.
- Distribución por grupos de diagnósticos (ver listado de grupos de causas).
- Diagnósticos presentes totales (considerando todas las causas que sumaron para llegar a superar el 66% de incapacidad).
- Co-morbididades

Sobre el proceso de validación

- Porcentaje de personas a las que se dictaminó invalidez en 1° instancia, total y por año.

- Porcentaje de personas a las que se dictaminó invalidez en 1° apelación, total y por año.
- Porcentaje de personas a las que se dictaminó invalidez en 2° instancia, total y por año.
- Observaciones sobre distintos criterios que surgen del análisis por cada año analizado.

6.3.2 Instrumentos de recolección de datos

Para este estudio se proponen dos tipos de instrumentos:

- **Archivos de datos** extraídos de documentación disponible (Dictámenes de Juntas Médicas de la Dirección de Jubilaciones y pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén.
- **Autoinformes semi-estructurados** en base a un cuestionario auto-aplicado que consiste en una guía de preguntas a ser contestadas por responsables de áreas de Salud Ocupacional en las jefaturas de zonas sanitarias del sistema público de salud de Neuquén.

6.4 Limitaciones del estudio

Se asume como una limitación del estudio que solo podrán disponerse para el estudio los registros de la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social de Neuquén, sin poder contrastarlos con las historias clínicas de los trabajadores.

También limita el alcance del estudio no disponer de la historia del trayecto laboral de cada persona jubilada para conocer los lugares de trabajo donde participó y las funciones que en los distintos momentos desempeñó.

Debe apuntarse también que limita el alcance de la investigación el hecho de que la fuente de información esté conformada por registros en forma innominada, no pudiendo por cuestiones de límites éticos explorar las opiniones y percepciones de las personas incluidas en el conjunto estudiado. El contacto con las personas implicaría conocimiento previo de su condición de jubilados por incapacidad laboral, siendo ésta una información no pública.

Lo mencionado constituyó una limitación para poder cumplir con los objetivos vinculados con la relación entre las jubilaciones por invalidez y los dispositivos destinados al cuidado y monitoreo de la salud de los trabajadores.

6.5 Análisis estadístico de los datos y presentación de resultados

6.5.1 Análisis estadístico

Se emplearon técnicas estadísticas descriptivas y una vez completadas las tres fases del estudio se procedió a sintetizar los resultados exponiéndolos en el apartado “resultados”, en cuadros y gráficos con un breve texto explicativo de cada uno de ellos.

Para el procesamiento de los resultados se utilizó el programa Excel en su versión 2010, el programa OpenEpi, versión 3.01. El OpenEpi es un software gratuito y de código abierto para estadísticas sobre epidemiología. Para algunos de los test de significancia estadística se empleó el programa Epi Info™ for Windows - version 7.2.3.0 disponible en <https://www.cdc.gov/epiinfo/pc.html>.

6.6 Aspectos éticos y legales

Considerando que la finalidad del presente proyecto de investigación es analizar las posibles relaciones entre procesos de trabajos en salud con la prematura terminación de la vida laboral que se concreta desde el punto de vista formal con la jubilación por invalidez, el estudio de los dictámenes de cada caso deviene en insumo esencial. Como fue mencionado antes, ese análisis es parte de la fase 3 de la presente propuesta de estudio.

Entendemos que más allá de cumplir con los requisitos exigibles por la legislación vigente, en especial en lo que refiere a la confidencialidad al emplear esa fuente de información, hay otros aspectos vinculados con aspectos éticos que deben tenerse en cuenta.

Por otra parte, se consideró igualmente relevante que al momento de solicitar autorización para emprender este estudio se establezca un compromiso de devolución de los resultados, para lo cual se agrega un apartado específico.

6.6.1 Requisitos legales

De acuerdo a lo establecido en el artículo 2º del Decreto N° 3785 que reglamenta la Ley Provincial N° 2207/97 el proyecto que nos ocupa refiere a intervenciones que tienen como fin acrecentar el saber científico, sin valor terapéutico o diagnóstico para las personas involucradas, por lo que se inscribe dentro de las llamadas “investigaciones sin beneficio directo” (Poder Ejecutivo de Neuquén, 1997).

Entendemos, por otra parte, que el presente proyecto cumple con los requisitos exigidos para que la investigación pueda ser autorizada de acuerdo a las exigencias estipuladas en el artículo 3º de la Ley Provincial N° 2207/97 (Legislatura de la Provincia del

Neuquén, 1997). A tal fin hemos solicitado y obtuvimos, de la autoridad competente, en este caso el administrador general del Instituto de Seguridad Social de Neuquén, la autorización correspondiente para acceder al análisis de los dictámenes mencionados. Se adjunta a la presente la autorización firmada por el administrador general del ISSN, Cr. Néstor Martín **Anexo 5.**

Dejamos asentado oportunamente que no participaron en ningún momento del estudio integrantes de “grupos subordinados”, tales como los mencionados en el artículo 19º de la Ley Provincial Nº 2207/97, de tal manera de evitar cualquier tipo de situación que pudiese afectar la situación laboral, educacional o jerárquica de los participantes.

Para la participación de personas integrantes de la población objetivo no fue prevista la entrega de ningún tipo de retribución financiera (artículo 21º).

No se consideró necesario para el estudio propuesto la contratación de seguros tales los sugeridos en el artículo 22º de la Ley Provincial Nº 2207/97 (Legislatura de la Provincia del Neuquén, 1997).

6.6.2 Mecanismo de devolución previsto

6.6.2.1 Informe escrito de los resultados

El autor de este estudio se compromete a facilitar copia de este informe final a las autoridades de la Subsecretaría de Salud, al Instituto de Seguridad Social de Neuquén y a la Dirección de Bioética e Investigación.

El autor se compromete también a compartir el trabajo con los servicios de seguridad y medicina laboral del sistema público de salud entendiendo a ellos como actores esenciales de un proceso de mejora.

Considerando de potencial utilidad para otros eslabones de la red pública de salud, el referido informe estará a disposición de toda aquella persona interesada en este estudio, que entienda que sus resultados pudiesen resultar útiles para otras líneas de investigación o para el diseño y ejecución de intervenciones relacionadas con el objeto de estudio del presente trabajo.

6.6.6.2 Presentación pública

Sin perjuicio de lo anterior, el autor se compromete a concretar una o más presentaciones públicas de los resultados del estudio, quedando a disposición de las autoridades sanitarias de la Provincia del Neuquén para realizarlas cuando y donde lo consideren pertinente.

7. RESULTADOS

Para ordenar los resultados obtenidos, éstos se agruparon siguiendo la secuencia de tres fases expuesta en el apartado relacionado con la metodología empleada para llevar adelante el estudio. Esto es:

Fase 1: Análisis de base de datos de jubilados de toda la administración pública provincial (base 1).

Fase 2: Análisis de base de datos de jubilados del Sistema Público de Salud de Neuquén (base 2).

Fase 3: Análisis de los dictámenes de juntas médicas realizadas para evaluar porcentaje de invalidez de trabajadores de salud del Sistema Público de Salud de Neuquén (base 3).

A su vez, el ordenamiento de este apartado guarda relación con la formulación de los objetivos específicos propuestos para esta investigación.

Es dable mencionar que se adjunta a este informe un anexo digital con las bases de datos que se mencionan, cada una de las cuales cuenta con su respectivo libro de códigos, y que en el caso de la base 1, que corresponde al total de jubilados y pensionados provinciales, se agregó una planilla que da cuenta de los códigos empleados por la autoridad provincial para identificar a cada organismo público.

7.1 Resultados de la fase 1 (jubilados de toda la administración pública)

7.1.1 jubilados y pensionados de la administración pública provincial

Los resultados que se exponen, surgen del procesamiento de la base de datos suministrada por el ISSN y que luego procesada, figura en el **anexo digital N° 1**.

Según la información aportada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN), al 31 de diciembre de 2019 se registraban un total de 26 814 beneficios en concepto de jubilaciones y pensiones en el sector público provincial.

De ellos, 22 960 correspondían a beneficiarios de jubilaciones, 2 533 de las cuales correspondían a personas cuyo principal lugar de trabajo había sido el sector Salud Pública provincial.

Tabla N° 8
Número de jubilados jubilaciones totales y jubilados por invalidez, según distintos organismos de la administración pública provincial. Neuquén, Argentina, 2019

Organismos			Jubilados totales		Jubilados por invalidez		% jubilados por invalidez en el organismo
Nombre	Sigla	Códigos	Frecuencia (n=22960)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=2513)	Porcentaje (10,95%)	
Consejo Provincial de Educación	CPE	131 - 135 - 136	9454	41,2	819	32,6	8,7
Municipios y Comisiones de Fomento	MyCF	300 - 305 - 310 - 315 - 320 - 325 - 326 - 330 - 335 - 340 - 345 -	1799	7,8	279	11,1	15,5
		350 - 355 - 360 - 365 - 370 - 375 -					
		- 380 - 385 - 390 - 395 - 400 -					
		405 - 410 - 415 - 420 - 425 - 430 - 435 - 600					
Salud	SALUD	50 - 61	2533	11,0	530	21,1	20,9
Banco Provincia del Neuquén	BPN	200 - 201	363	1,6	48	1,9	13,2
Dirección Provincial de Vialidad	DPV	116	443	1,9	111	4,4	25,1
Ministerio de Acción Social	MAS	57 - 139	438	1,9	100	4,0	22,8
Ente Provincial de Energía de Neuquén	EPEN	120 - 121	286	1,2	26	1,0	9,1
Ente Provincial de Agua y Saneamiento	EPAS	125	258	1,1	31	1,2	12,0
Ministerio de Obras y Serv. Públicos	MOSP	35 - 51 - 100 - 138	364	1,6	61	2,4	16,8
Otros ministerios, secretarías y organismos provinciales	Ms	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 7 - 10 - 11 - 20 -	3070	13,4	438	17,4	14,3
		21 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 -					
		29 - 30 - 31 - 41 - 42 - 43 - 52 -					
		75 - 90 - 110 - 137 - 150 - 155 - 185 - 190 - 210 - 220					
Sin asignación de organismo	S/A	No adecuado	3952	17,2	70	2,8	1,8

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

7.1.2 Jubilados por invalidez en la administración pública provincial

De la tabla anterior destacan los siguientes resultados:

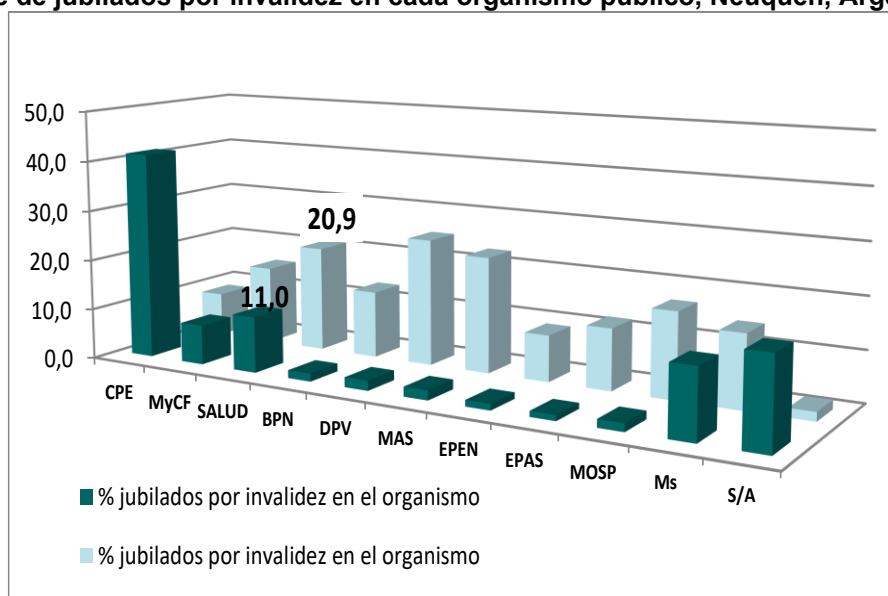
- Los jubilados del sector salud representan el 11 % de los jubilados públicos totales (2 533 sobre un total de 22 960), mientras que los jubilados por invalidez del sector salud representan el 21,1% del total de jubilados por esa causa (530 sobre un total de 2 513).
- El sector salud registraba a la fecha de corte del estudio un total de 530 personas con jubilaciones por invalidez, lo cual representa el 20,92% del total de jubilados del sector. Dicho de otra manera, más dos, de cada diez trabajadores de salud del sector público de Neuquén, que estando vivos al 31 de diciembre de 2019 y cobraban sus haberes jubilatorios, culminaron su vida laboral antes del tiempo previsto de acuerdo a las condiciones legales vigentes, al detectarse una incapacidad laboral igual o superior al 66%.
- De todos los demás organismos públicos considerados en el estudio, que incluyen también a trabajadores municipales y de comisiones de fomento, solamente dos reparticiones, Dirección Provincial de Vialidad y Ministerio de Acción Social, superan a Salud en porcentaje de jubilados por invalidez respecto del total de jubilados. Empero, vale hacer la salvedad que

dentro de este último organismo, se incluyen trabajadores que han prestado servicios en el sector salud, aunque para los registros del ISSN su lugar principal de prestación laboral haya sido el consignado.

- El sector de educación (Consejo Provincial de Educación) registraba a diciembre de 2019, el mayor porcentaje de jubilados entre los trabajadores del sector público neuquino (9 454 jubilados de un total de 22 960, es decir el 41,2%) lo cual se corresponde con el número total de trabajadores provinciales y además con el hecho de contar con un régimen jubilatorio que establece límites de edades inferiores al resto de la administración (52 años para las mujeres y 55 años para los varones). Ese sector es el de mayor número de jubilados por invalidez en términos absolutos, pero éstos representan solamente el 8,7% del total de jubilados por invalidez (819 de un total de 2 513).

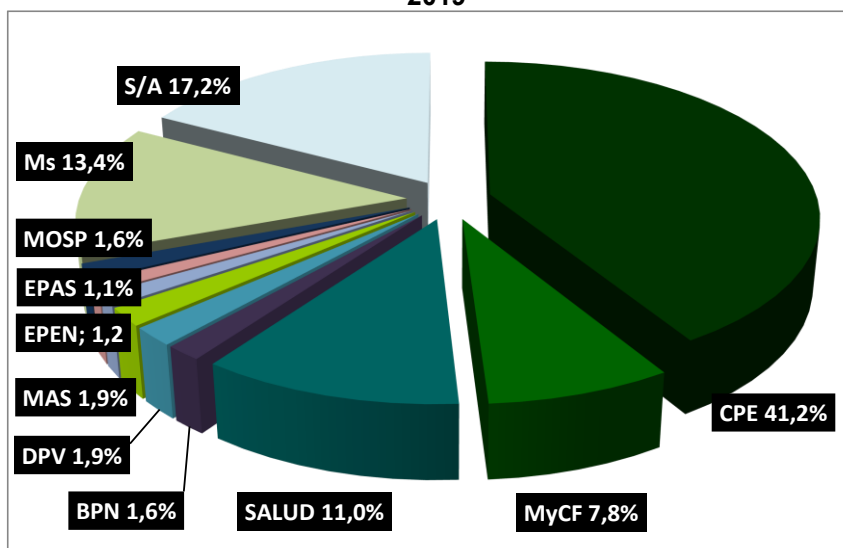
Figura N° 6

Porcentaje de jubilados de cada organismo, respecto del total de jubilados provinciales y porcentaje de jubilados por invalidez en cada organismo público, Neuquén, Argentina, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Figura N° 7
Distribución porcentual del total de jubilados por organismo público, Neuquén, Argentina, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

7.2 Resultados de la fase 2 (jubilados de Salud Pública)

7.2.1 Relación activos y pasivos entre los trabajadores de salud de Neuquén

A diciembre de 2019 el sistema público de salud en Neuquén contaba con 9 283 trabajadores distribuidos por agrupamientos tal como se expuso en la tabla N° 1.

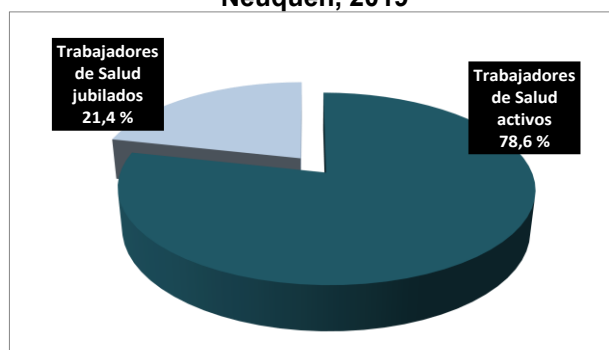
Los trabajadores jubilados por todas las causas a esa misma fecha totalizaban 2 533 personas, estableciendo una relación de 3,66 activos por cada trabajador jubilado (ver **anexo digital N° 2**).

Tabla N° 9
Número total de trabajadores activos y jubilados del sector público de salud de Neuquén y relación activos pasivos. Diciembre de 2019

	Trabajadores de Salud activos	Trabajadores de Salud jubilados	TOTAL	Relación activos/jubilados
Número	9.283	2.533	11.816	3,66
Porcentaje	78,6	21,4	100	

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Figura N° 8
Relación entre trabajadores activos y pasivos del sector público de salud a diciembre de 2019.
Neuquén, 2019



Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

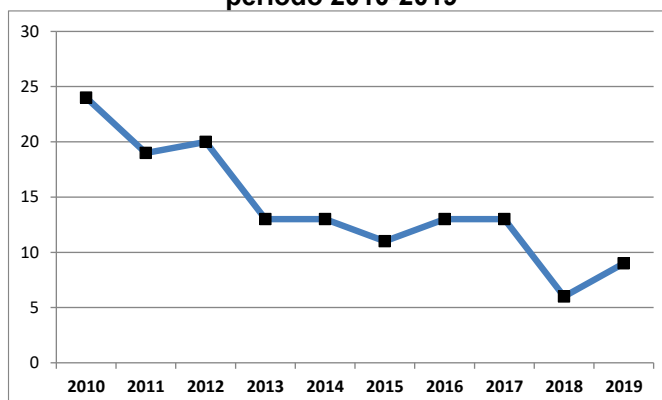
Respecto de los trabajadores a los que les fue otorgada una jubilación por invalidez, en la tabla que sigue puede observarse la evolución durante el período estudiado en términos absolutos (Tabla N° 10) denotando una clara tendencia declinante en el gráfico que ilustra esa situación (Figura N° 6).

Tabla N° 10
Trabajadores de salud jubilados por invalidez vivos a diciembre de 2019 con beneficio otorgado entre 2010 y 2019. Neuquén, 2019

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
N° de Jubilados	24	19	20	13	13	11	13	13	6	9

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Figura N° 9
Número de jubilaciones por invalidez otorgadas a trabajadores de salud en Neuquén en el período 2010-2019



Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

7.2.2 Jubilaciones en trabajadores de salud de Neuquén

En la tabla que sigue se observa la distribución del conjunto de trabajadores jubilados de acuerdo al tipo de beneficio. Del total de jubilados el 73,3% (1 857 personas de un total de 2 533 jubilados) son mujeres y el 26,7 son varones (676 de un total de 2 533).

Respecto de las jubilaciones por invalidez, las otorgadas a mujeres representan el 76,8% (407 jubilaciones por invalidez) y las recibidas por varones el 23,2% restante (123 jubilaciones por invalidez). Los demás tipos de beneficios tienen poco peso porcentual en el conjunto (109 casos, 0,43% del total de jubilados).

Tabla N° 11
Trabajadores de salud jubilados, según sexo, tipo de beneficio al jubilarse y edad promedio de cada grupo. Neuquén, Argentina, 2019

Tipos de beneficios	Trabajadores jubilados				Edad promedio		Desvío Estándar	
	Frecuencia (n=2533)		Porcentaje (100%)					
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Jubilación art. 3 Ley 2025	8	62	0,3	2,4	55,0	54,1	4,3	2,7
Jubilación art. 4 Ley 2025	3	12	0,1	0,5	51,6	45,3	2,5	4,9
Jubilación art. 5 Ley 2025	1	0	0,0	0,0	54,0	N/C	N/C	N/C
Jubilación BPN	0	1	0,0	0,0	54,0	N/C	0	0
Jubilación Edad avanzada	3	13	0,1	0,5	67,6	67,0	2,1	1,4
Jubilación por invalidez	123	407	4,9	16,1	52,1	50,3	7,1	7,4
Jubilación Ordinaria	536	1.358	21,2	53,6	61,1	56,8	3,6	5,8
Resolución 363/81	2	4	0,1	0,2	66,8	61,5	0	4,6
Total	676	1857						

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

El promedio de edad para las jubilaciones ordinarias fue efectivamente de 56,8 años para las mujeres (límite establecido como mínimo: 55 años) y para los varones de 61,1 años (límite establecido como mínimo: 60 años).

Para las jubilaciones por invalidez, por su parte, el promedio de edad al culminar la vida laboral fue de 50,3 años para las mujeres (mediana: 51,9 - DE 7,4) y de 52,1 para los varones (Mediana: 52,8 - DE 7,1).

En la tabla N° 12, 13, 14 y 15 se volcaron los datos que surgen de la base 2 (Jubilados del Sistema Público de Salud de Neuquén), discriminados por sexo, agrupamiento y edad al jubilarse.

Tabla N° 12
Trabajadores de salud jubilados y trabajadores jubilados por invalidez según sexo.
Neuquén, Argentina, 2019

Sexo	Jubilados totales		Jubilados sin invalidez		Jubilados por invalidez		IC95%	Odds Ratio	Límite de confianza	Valor p (dos colas)
	Frecuencia (n=2.533)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=2003)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)				
Mujeres	1857	73,3	1450	72,4	407	76,8	73.0-80.2	1,262	1,009 - 1,579	< 0,042
Varones	676	26,7	553	27,6	123	23,2	19.8-27.0			
	2533		2003		530					

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Resalta que la distribución por sexos muestra diferencias. En efecto, mientras que entre los jubilados totales las mujeres representan el 73,3% en el grupo de los jubilados por invalidez ese porcentaje asciende al 76,8%. Con un Odds Ratio (OR) de 1,262 muestra un límite de confianza que en su extremo inferior se acerca al 1.

El 76,9% de los trabajadores se jubilaron habiendo cumplido o superado la edad jubilatoria establecida como límite (Tabla N° 13), observándose diferencias entre los agrupamientos cuando se analiza la distribución porcentual de casos de jubilaciones por invalidez respecto del conjunto completo.

Tabla N° 13
Trabajadores de salud jubilados y trabajadores jubilados por invalidez según edad al jubilarse.
Neuquén, Argentina, 2019

Edad al jubilarse	Jubilados totales		Jubilados por invalidez		Jubilados restantes	
	Frecuencia (n=2.533)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=2003)	Porcentaje (100%)
Al cumplir edad jubilatoria (55 mujeres y 60 varones) o más	1947	76,9	130	24,5	1817	90,7
Hasta 5 años antes de cumplir edad jubilatoria	245	9,7	157	29,6	88	4,4
Entre 6 y 10 años antes de cumplir edad jubilatoria	150	5,9	117	22,1	33	1,6
Entre 11 y 15 años antes de cumplir edad jubilatoria	95	3,8	73	13,8	22	1,1
16 años y más antes de cumplir edad jubilatoria	96	3,8	53	10,0	43	2,1

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Así, analizando ambos extremos, vale señalar que el agrupamiento operativo, que representa el 13,4% del total de los jubilados de salud, acumula el 23,8% del total de jubilados por invalidez. El agrupamiento profesional, por su parte, representa el 28,4% del total de jubilados y el 11,5% de los jubilados por invalidez (Tabla N° 14).

Tabla N° 14
Trabajadores de salud jubilados y trabajadores jubilados por invalidez según agrupamiento. Neuquén, Argentina, 2019

Agrupamiento	Jubilados totales		Jubilados sin invalidez		Jubilados por invalidez		Odds Ratio	Límites de confianza	Valor p (dos colas)
	Frecuencia (n=2.533)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=2003)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)			
Operativo (OP)	340	13,4	214	10,7	126	23,8	2,61	2,04 - 3,33	<0,00001
Asistente de la Salud (AS)	795	31,4	598	29,9	197	37,2	1,39	1,14 - 1,69	0,00125
Administrativo (AD)	401	15,8	302	15,1	99	18,7	1,29	1,003 - 1,655	0,0463
Técnico (TC)	270	10,7	223	11,1	47	8,9	0,78	0,558 - 1,081	0,1330
Profesional (PF)	720	28,4	659	32,9	61	11,5	0,27	0,2 - 0,351	<0,00001
Autoridades políticas (AP)	7	0,3	7	0,3	0	0,0	n/c	n/c	n/c

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

El OR decrece en la medida que se avanza en la escala desde agrupamiento operativo (2,607) hasta el profesional (0,265). A su vez, cuando se combina la variable agrupamiento con el sexo de los trabajadores jubilados por invalidez, estableciendo los intervalos de confianza, puede advertirse que solamente para el agrupamiento profesional el rango no se solapa, resultando significativo (Tabla N° 15).

Tabla N° 15
Trabajadores de salud jubilados y trabajadores jubilados por invalidez según sexo y agrupamiento. Neuquén, Argentina, 2019

Agrupamiento	Jubilados por invalidez totales		Jubilados por invalidez mujeres			Jubilados por invalidez varones			Significancia estadística
	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=407)	Porcentaje (100%)	IC 95%	Frecuencia (n=123)	Porcentaje (100%)	IC 95%	
Operativo (OP)	126	23,8	102	25,1	21,1-29,5	24	19,5	13,5-27,4	No significativo
Asistente de la Salud (AS)	197	37,2	155	38,1	33,5-42,9	42	34,1	26,4-42,9	No significativo
Administrativo (AD)	99	18,7	79	19,4	15,9-23,5	20	16,3	10,8-23,8	No significativo
Técnico (TC)	47	8,9	36	8,8	6,4-12,0	11	8,9	4,8-15,0	No significativo
Profesional (PF)	61	11,5	35	8,6	6,3-11,7	26	21,1	14,9-29,2	Significativo

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

7.2.3 Años de vida laboral perdidos (AVLP)

Como fue mencionado, a diciembre de 2019 cobraban su haber jubilatorio en función de estar jubilados por invalidez, 530 trabajadores del sector salud (OP: 126; AS: 197; AD: 99; TC: 47 y PF: 61). Esos agentes, al culminar en forma anticipada su trayecto laboral, acumularon un total de 2 897 años los años de vida laboral perdidos, o dicho de otra manera, si hubiesen llegado trabajando a la edad establecida como límite para la jubilación ordinaria, ese conjunto hubiese laborado 2 897 años más.

En la tabla N° 16 se expone la distribución del total de AVL P según agrupamiento y sexo de los agentes jubilados por invalidez.

Tabla N° 16
Número de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según agrupamiento y sexo. Neuquén, Argentina, 2019

Agrupamiento	AVLP x jubilación por invalidez totales		AVLP en mujeres jubiladas por invalidez		IC 95%	AVLP en varones jubilados por invalidez		IC 95%
	Frecuencia (n=2897)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=1929)	Porcentaje (100%)		Frecuencia (n=968)	Porcentaje (100%)	
Operativo (OP)	533	18,4	369	19,1	17,4 - 20,9	164	16,9	14,7 - 19,4
Asistente de la Salud (AS)	1223	42,2	876	45,4	43,2 - 47,6	347	35,8	32,4 - 38,9
Administrativo (AD)	505	17,4	332	17,2	15,6 - 19,0	173	17,9	15,6 - 20,4
Técnico (TC)	300	10,4	201	10,4	9,1 - 11,9	99	10,2	8,5 - 12,3
Profesional (PF)	336	11,6	150	7,8	6,7 - 9,1	185	19,1	16,8 - 21,7
Totales	2897	100	1929	100		968	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Si bien la composición por sexo de la planta de personal no ha sido constante a lo largo de la historia del sistema público de salud neuquino, se tomó como referencia la información suministrada por la Dirección Provincial de Recursos Humanos para diciembre de 2019. En ese momento el 66,8% de la planta de salud eran mujeres con lo cual la cantidad de AVL P por mujeres resulta equivalente (1 929 años sobre un total de 2 897, es decir, 66,6%).

Tabla N° 17
Número de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según sexo y AVL P por cada jubilado por invalidez. Neuquén, Argentina, 2019

Sexo	AVLP		Jubilados por invalidez		AVLP por cada jubilado por invalidez
	Frecuencia (n=2897)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)	
Varones	968	33,4	123	23,2	7,87
Mujeres	1929	66,6	407	76,8	4,74

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

A su vez cuando se analiza la distribución de los AVL P por sexo puede observarse que por cada jubilado por invalidez de sexo masculino se perdieron en promedio 7,87 años, en cambio, por cada mujer la pérdida fue de 4,74 años en promedio (Tabla N° 17).

En la siguiente tabla se exponen los AVL P por cada jubilado por invalidez según el agrupamiento al que pertenecían. El promedio de AVL P es de 5,47 por cada trabajador

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

jubilado por esta causa y cuando se analiza ese indicador por agrupamiento se observa que está en el rango que va desde 4,23 a 6,38 años por cada uno (Tabla N° 18).

Tabla N° 18
Número de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según agrupamiento y AVL por cada jubilado por invalidez. Neuquén, Argentina, 2019

Agrupamiento	AVLP		Jubilados por invalidez		AVLP por cada jubilado por invalidez	IC 95%
	Frecuencia (n=2897)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)		
Operativo (OP)	533	18,4	126	23,8	4,23	3,9 - 4,6
Asistente de la Salud (AS)	1223	42,2	197	37,2	6,21	5,9 - 6,6
Administrativo (AD)	505	17,4	99	18,7	5,10	4,7 - 5,5
Técnico (TC)	300	10,4	47	8,9	6,38	5,7 - 7,1
Profesional (PF)	336	11,6	61	11,5	5,51	5,0 - 6,1
Total	2897		530		5,47	

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

En la siguiente tabla N° 19 aparecen los promedios de AVL por agrupamiento y sexo con el intervalo de confianza 95% que corresponde a cada uno. Se calculó también el valor p utilizando la prueba de Kruskal-Wallis para valorar las diferencias observadas por sexo.

Tabla N° 19
Promedios de años de vida laboral perdidos por jubilaciones por invalidez, según agrupamiento y sexo por cada jubilado por invalidez. Neuquén, Argentina, 2019

Agrupamiento	Mujeres jubiladas por invalidez			Varones jubilados por invalidez			valor p (prueba Kruskal-Wallis)	
	N° de trabajadores (n=407)	N° de AVL (n=1929)	Promedio de AVL (IC95%)	N° de trabajadores (n=123)	N° de AVL (n=968)	Promedio de AVL (IC95%)		
Operativo (OP)	102	369	3,6 (2,9-4,3)	24	164	6,8 (4,4-9,3)	0,039	significativo
Asistente de la Salud (AS)	155	876	5,7 (5,1-6,1)	42	347	8,3 (6,3-10,1)	0,020	significativo
Administrativo (AD)	79	332	4,2 (3,4-4,9)	20	173	8,7 (7,3-9,8)	0,068	no significativo
Técnico (TC)	36	201	5,6 (4,5-6,7)	11	99	9,0 (5,6-12,5)	0,360	no significativo
Profesional (PF)	35	150	4,3 (2,7-5,9)	26	185	7,1 (5,8-8,4)	0,025	significativo
Totales	407	1928	4,7 (4,4-5,1)	123	968	7,9 (6,8-9,0)	0,000	significativo

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Las diferencias son significativas para todos los agrupamientos a excepción del técnico (TC). Vale mencionar que aunque el valor p para los administrativos (AD) implicaría que la diferencia entre sexos no es significativa, el valor es muy levemente superior al límite de significancia establecido en 0,005.

7.2.4 Impacto económico de las jubilaciones por invalidez

En diciembre de 2019, momento en que se hizo el corte para este estudio descriptivo, el monto total que el Estado neuquino debió erogar en concepto de jubilaciones por invalidez a trabajadores de salud, fue de un total de \$46.879.151⁸. El monto mensual abonado a los jubilados por invalidez, que surge de la información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén anualizado (13 haberes, incluyendo las dos cuotas del sueldo anual complementario) fue para 2019 de \$609.428.963.

No es sencillo estimar el impacto presupuestario de esos AVL P en función de que debieran incluirse en el cálculo, además del sueldo testigo de nivel 1 como el que fue tomado para esta estimación, la antigüedad de cada agente, el adicional por zona desfavorable cuando se trata de trabajadores con lugar de trabajo en el interior provincial (5% y 8% de acuerdo a la zona), las actividades extraordinarias (guardias activas y pasivas) y los cargos de conducción por cuya cobertura se abonan adicionales, entre otros ítems que incrementan el costo salarial.

Se realizaron dos estimaciones del impacto económico generado por las jubilaciones por invalidez. En la tabla N° 20 se muestra el cálculo utilizando el criterio de estimar el costo de los AVL P totales de cada agrupamiento a valores 2019.

El costo salarial total anual del Ministerio de Salud de Neuquén en 2019 fue de 13.128.480.091,68⁹. El costo salarial estimado de 2 897 años de vida laboral perdidos (AVLP), correspondiente a los 530 trabajadores de salud jubilados por invalidez incluidos en este estudio, fue de \$3.331.161.709. En consecuencia, hasta esa fecha, el costo de los años de vida laboral perdidos resultaba equivalentes al 25,4% de la carga salarial total del Ministerio de Salud a los valores del año 2019.

⁸ Información suministrada por la Dirección de jubilaciones y pensiones del ISSN (Base 1).

⁹ Costo salarial total año 2019, según presupuesto ejecutado publicado por el Ministerio de Economía de la Provincia del Neuquén. Disponible en: <https://www.contadurianeuenen.gov.ar/cuenta-general-2019/>

Tabla N° 20
Estimación del impacto presupuestario de los años de vida laboral perdidos por trabajadores de salud jubilados por invalidez, vivos a diciembre de 2019, según carga salarial año 2019. Neuquén, 2019

Agrupamiento	N° de jubilados por invalidez	AVLP x jubilación por invalidez totales		Carga salarial			Costo salarial total de AVLP****
	Frecuencia (n=530)	Frecuencia (n=2897)	Porcentaje (100%)	Haberes diciembre 2019*	Estimación de haberes anuales 2019**	Estimación de haberes anuales por cada trabajador***	
Operativo (OP)	126	533	18,4	\$ 8.150.282	\$ 105.953.666	\$ 840.902	\$ 448.200.825
Asistente de la Salud (AS)	197	1223	42,2	\$ 17.104.010	\$ 222.352.130	\$ 1.128.691	\$ 1.380.389.112
Administrativo (AD)	99	505	17,4	\$ 7.374.452	\$ 95.867.876	\$ 968.362	\$ 489.023.004
Técnico (TC)	47	300	10,4	\$ 4.654.683	\$ 60.510.879	\$ 1.287.466	\$ 386.239.653
Profesional (PF)	61	336	11,6	\$ 9.595.724	\$ 124.744.412	\$ 2.044.990	\$ 687.116.761
	530	2897		\$ 46.879.151	\$ 609.428.963	\$ 1.149.866	\$ 3.331.161.709

* Información suministrada por la Dirección de jubilaciones y Pensiones del ISSN

** Se estimó tomando los haberes pagados en diciembre multiplicados por 13 (incluye las dos cuotas del SAC)

*** Surge de dividir la estimación de haberes 2019 por la cantidad de trabajadores de ese agrupamiento jubilados por invalidez

**** Surge de multiplicar la estimación de haberes 2019 de cada agrupamiento por cada trabajador, por la cantidad de AVLP de ese agrupamiento

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Una segunda estimación utilizó el criterio de medir el impacto económico considerando que los agentes jubilados debieron ser reemplazados por otros trabajadores que al ingresar al sistema de salud no tenían antigüedad, por lo que a su ingreso se los ubica en lo que el CCT establece como nivel 1.

Esta segunda estimación, que se despliega en la tabla N° 21, parte de tomar en consecuencia, el sueldo testigo publicado por el Ministerio de Economía para octubre de 2019 (vigente hasta finalizar ese año, e inclusive durante 2020) para cada agrupamiento¹⁰ (ver **anexo 9**). Se aclara en la tabla cuál de los sueldos fue considerado para cada agrupamiento, es decir que cargo perteneciente a ese agrupamiento se toma como sueldo testigo.

A partir de ese sueldo testigo se anualizó multiplicando por 13 para incluir las dos cuotas del sueldo anual complementario y se multiplicó por 1,23 para incluir los aportes patronales. Finalmente, surge la estimación del impacto, solo para el primer año del reemplazo de los 530 agentes jubilados.

¹⁰ **Sueldo testigo octubre 2019.** Publicación periódica del Ministerio de Economía de la Provincia del Neuquén, Disponible en: <https://www.economianqn.gob.ar/contenido/file/6364>

Tabla N° 21

Estimación del impacto presupuestario de los años de vida laboral perdidos por trabajadores de salud jubilados por invalidez, vivos a diciembre de 2019, según sueldo testigo octubre de 2019 de los distintos agrupamientos. Neuquén, 2019

Agrupamiento	N° de jubilados por invalidez		Costo salarial según sueldo testigo de OCT-2019		
	Frecuencia (n=530)	Porcentaje (100%)	Sueldo testigo octubre 2019 [#]	Estimación de haberes anuales 2019 ^{##}	Estimación de erogación total primer año ^{###}
Operativo (OP)	126	23,8	\$ 49.375	\$ 789.506	\$ 99.477.788
Asistente de la Salud (AS)**	197	37,2	\$ 55.907	\$ 893.953	\$ 176.108.727
Administrativo (AD)***	99	18,7	\$ 48.131	\$ 769.615	\$ 76.191.854
Técnico (TC)****	47	8,9	\$ 62.714	\$ 1.002.797	\$ 47.131.452
Profesional (PF)*****	61	11,5	\$ 91.851	\$ 1.468.697	\$ 89.590.547
			\$ 307.978	\$ 4.924.568	\$ 488.500.368

[#] Sueldo testigo publicado por Ministerio de Economía (<https://www.economianqn.gob.ar/contenido/file/6364>) para nivel 1

^{##} Se estimó el sueldo testigo multiplicado por 13 (incluye las dos cuotas del SAC) y se multiplicó por 1,23 para incluir aportes patronales

^{###} Surge de multiplicar la estimación anual de cada categoría por el número de trabajadores

^{**} Se consideró el sueldo testigo de auxiliar de enfermería

^{***} Se consideró el sueldo testigo de administrativo de nivel central

^{****} Se consideró el sueldo testigo de enfermera especializada con título terciario

^{*****} Se consideró el sueldo testigo de médico con dedicación exclusiva

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN) y Ministerio de Economía de Neuquén

De acuerdo a esa estimación, el impacto del reemplazo de 530 agentes, si se hubiesen producido todos los reemplazos el mismo año, hubiese significado para 2019 un monto de \$488.500.368.

7.2.5 Jubilaciones por invalidez y lugares de trabajo

En base a información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN) y la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Neuquén, se pudo elaborar la tabla que se muestra a continuación.

Tabla N° 22
Planta de personal y jubilados por invalidez entre 2010 y 2019 según último lugar de trabajo, por zona sanitaria y hospital. Neuquén, 2019

Zona Sanitaria	Hospitales	Planta de personal total 2019		Jubilados por invalidez relevados	
		N°	%	N°	%
Metropolitana	HOSPITAL CASTRO RENDON	1911	20,6	80	20,1
	Centros de Salud ZONA METROPOLITANA	370	4,0	20	5,0
	HOSPITAL BOUQUET ROLDAN	334	3,6	35	8,8
	HOSPITAL HORACIO HELLER	623	6,7	19	4,8
	HOSPITAL PLOTTIER	430	4,6	23	5,8
	JEFATURA DE ZONA SANITARIA METROPOLITANA	115	1,2	1	0,3
	Total Zona Metropolitana	3783	40,8	178	44,7
Zona I	HOSPITAL CENTENARIO	496	5,3	12	3,0
	HOSPITAL SAN PATRICIO DEL CHAÑAR	134	1,4	6	1,5
	HOSPITAL SENILLOSA	116	1,2	9	2,3
	JEFATURA DE ZONA SANITARIA I	15	0,2	1	0,3
	Total Zona I	761	8,2	28	7,0
Zona II	HOSPITAL ALUMINE	182	2,0	5	1,3
	HOSPITAL BAJADA DEL AGRIO	41	0,4	2	0,5
	HOSPITAL EL HUECU	51	0,5	3	0,8
	HOSPITAL LAS LAJAS	91	1,0	5	1,3
	HOSPITAL LONCOPUE	143	1,5	10	2,5
	HOSPITAL MARIANO MORENO	63	0,7	2	0,5
	HOSPITAL ZAPALA	590	6,4	32	8,0
	JEFATURA DE ZONA SANITARIA II	26	0,3	2	0,5
	Total Zona II	1187	12,8	61	15,3
Zona III	HOSPITAL ANDACOLLO	134	1,4	6	1,5
	HOSPITAL BUTA RANQUIL	95	1,0	4	1,0
	HOSPITAL CHOS MALAL	368	4,0	21	5,3
	HOSPITAL EL CHOLAR	40	0,4	4	1,0
	HOSPITAL LAS OVEJAS	82	0,9	6	1,5
	HOSPITAL TRICAO MALAL	49	0,5	0	0,0
	JEFATURA DE ZONA SANITARIA III	26	0,3	0	0,0
	Total Zona III	794	8,6	41	10,3
Zona IV	HOSPITAL JUNIN DE LOS ANDES	325	3,5	16	4,0
	HOSPITAL LAS COLORADAS	50	0,5	1	0,3
	HOSPITAL SAN MARTIN DE LOS ANDES	406	4,4	16	4,0
	HOSPITAL VILLA LA ANGOSTURA	205	2,2	5	1,3
	JEFATURA DE ZONA SANITARIA IV	21	0,2	0	0,0
	Total Zona IV	1007	10,8	38	9,5
Zona V	HOSPITAL AÑELO	126	1,4	3	0,8
	HOSPITAL CUTRAL CO - PLAZA HUINCUL	528	5,7	16	4,0
	HOSPITAL EL CHOCON	46	0,5	3	0,8
	HOSPITAL PICUN LEUFU	91	1,0	2	0,5
	HOSPITAL PIEDRA DEL AGUILA	96	1,0	2	0,5
	HOSPITAL RINCON DE LOS SAUCES	133	1,4	9	2,3
	JEFATURA DE ZONA SANITARIA V	38	0,4	0	0,0
	Total Zona V	1058	11,4	35	8,8
Nivel Central	Dirección General de Emergencias Sanitarias (SIEN)	73	0,8	0	0,0
	SSS - NIVEL CENTRAL	620	6,7	17	4,3
	Total Nivel Central	693	7,5	17	4,3
Total general		9283	100,0	398	

Fuente: elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN) y la Dirección Provincial de Recursos Humanos de la Subsecretaría de Salud de Neuquén

De los 530 trabajadores jubilados por invalidez que cobraban sus haberes en diciembre de 2019, se pudo rescatar información sobre el último lugar de trabajo en 398 casos que conforman el conjunto expuesto en la tabla. Por esa razón no pueden sacarse conclusiones definitivas al respecto, aunque al comparar los porcentajes de la planta de cada establecimiento respecto del total a diciembre de 2019, puede advertirse que se corresponden

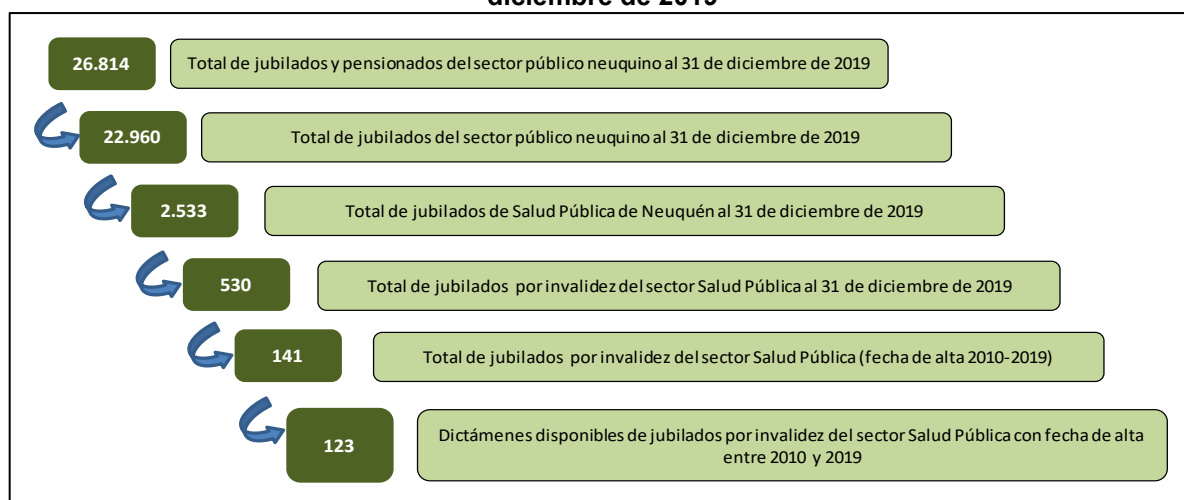
con la distribución porcentual por hospital y zona sanitaria que evidencia esta muestra de los jubilados por invalidez.

7.3 Resultados de la fase 3 (Análisis de los dictámenes de juntas médicas)

Este estudio, cuyo eje central es la relación trabajo y salud en trabajadores del ámbito público de la salud en Neuquén, a partir de analizar las jubilaciones por invalidez, consideró el período 2010-2019. Por esa razón se analizaron 123 dictámenes de juntas médicas cuyas conclusiones determinaron el otorgamiento de jubilaciones por invalidez en el período mencionado.

Para exponer en forma ordenada y secuencial, cómo se llegó a ese número de dictámenes analizados se agrega la siguiente figura.

Figura N° 10
Secuencia de casos de jubilaciones y pensiones estudiados en el sector público de Neuquén a diciembre de 2019



Fuente: elaboración propia

Vale mencionar aquí que de los 141 casos de jubilaciones por invalidez otorgadas en el período de estudio, 18 dictámenes no estaban disponibles en el Departamento de Juntas Médicas del ISSN. La mitad de esos casos (9) fueron resueltos por vía judicial respondiendo a presentaciones realizadas por los trabajadores. El resto (9) fueron jubilaciones por invalidez que por diferentes razones no pasaron por la evaluación de la Junta Médica prevista en el circuito dispuesto por el ISSN.

A continuación se exponen los resultados obtenidos al procesar la base de datos confeccionada a los fines de responder a los objetivos propuestos para esta fase (**anexo digital N° 3**).

7.3.1 Sobre los dictámenes de juntas médicas

El insumo utilizado para esta fase del estudio fueron los dictámenes de las juntas médicas intervinientes para determinar el grado de incapacidad de los trabajadores que solicitaron acogerse al régimen de jubilación por invalidez en el período 2010-2019.

Los dictámenes de juntas médicas son instrumentos empleados para dejar constancia de las causas que provocaron la incapacidad laborativa del trabajador. Son producidos con la lógica de consignar diagnósticos que el equipo evaluador constata al revisar los antecedentes del solicitante y entrevistar y eventualmente revisar al mismo, asentando el porcentaje con el que cada problema de salud contribuye a un determinado porcentaje de invalidez. Para ello se emplean parámetros establecidos en el Decreto N° 478/98 “Normas para la evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones” (Ministerio de Justicia de la Nación, 1998) que persigue el objetivo de establecer una metodología de evaluación del deterioro psico-físico, con criterio uniforme, que permita determinar el grado de incapacidad laborativa que éste ocasiona.

La referida norma sugiere la confección de una historia clínica que debe aportar la mayor cantidad de detalles útiles posibles, en especial referidos a los aparatos involucrados, según la anamnesis. Reza el decreto 478/98 que “se pondrá especial énfasis en las fechas de comienzo de los padecimientos aducidos y de los tratamientos médico-quirúrgicos y/o especializados realizados, la evolución a partir de los mismos, y si las terapias implementadas y los tiempos de rehabilitación fueron agotados. No se valorarán procesos agudos pasibles de revertir dentro de los períodos establecidos en el Art. 48 “in fine”. Asimismo, se evaluarán los hallazgos clínicos con incidencia funcional, aunque no correspondan a la patología motivo de la solicitud del beneficio. Una vez alcanzado o superado el porcentaje necesario para la incapacidad total (66%), por una o varias patologías objetivadas, las restantes que hubieran sido detectadas y no debidamente acreditadas con las constancias aportadas por el afiliado, serán consignadas en el dictamen pero no se solicitarán exámenes complementarios, salvo que dicha evaluación incida en la indicación de rehabilitación psicofísica y/o recapacitación laboral” (Ministerio de Justicia de la Nación, 1998).

Los datos clínicos y de los exámenes complementarios, si fueran necesarios, en conjunto decidirán los porcentajes de incapacidad. Se le sumarán los porcentajes

correspondientes a factores complementarios (ver luego), teniendo en cuenta las consideraciones pertinentes en la utilización de los mismos.

En todos los casos la norma establece que se deberá considerar que un real impedimento médico debe ser demostrable anatómica, fisiológica o psicológicamente. Tales anomalías, pueden ser determinadas sólo si son acompañadas de signos, hallazgos de laboratorio, o ambos, además de los síntomas que pueda referir el solicitante. Posibles patologías que sólo se manifiestan con síntomas no son médicamente determinables en términos de incapacidad.

7.3.2 Naturaleza de la invalidez

La junta médica actuante califica la invalidez en dos categorías: física y psicofísica. Vale en este punto aclarar que ambas categorías, de acuerdo a los informado por la Dra. Cecilia Bugallo, responsable del departamento de Juntas Médicas Previsionales del ISSN, no surgen de una normativa estricta. El criterio aplicado es categorizar como de causa psicofísica a aquellas jubilaciones por invalidez que reúnen uno o más de estas características: a). casos con componentes mixtos (físicos y psíquicos); b). casos básicamente físicos pero con alguna repercusión en la esfera emocional y c). casos básicamente psíquicos pero que si fuesen categorizados sólo como tales perjudicarían al agente por que no son reconocidos por los seguros.

Tabla N° 23
Naturaleza de la invalidez según dictamen de juntas médicas realizadas a trabajadores jubilados por invalidez entre 2010 y 2019, según agrupamiento. Neuquén, 2019

Agrupamiento	N° de jubilados por invalidez		Naturaleza de la invalidez			
			Física		Psicofísica	
	Frecuencia (n=123)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=57)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=66)	Porcentaje (100%)
Operativo (OP)	16	13,0	9	15,8	7	10,6
Asistente de la Salud (AS)	42	34,1	20	35,1	22	33,3
Administrativo (AD)	29	23,6	11	19,3	18	27,3
Técnico (TC)	14	11,4	7	12,3	7	10,6
Profesional (PF)	22	17,9	10	17,5	12	18,2
Total	123	100,0	57		66	

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Solamente se verifica para el agrupamiento operativo (OP) un mayor número de casos donde la causa fue física. En los demás agrupamientos las causas psico-físicas superan a las meramente físicas (Tabla N° 23).

Respecto de la relación del nivel de instrucción, la distribución de los casos catalogados como de naturaleza, tanto física como psicofísica, sigue un perfil similar al del grupo en general (Tabla N° 24).

Tabla N° 24
Naturaleza de la invalidez según dictamen de juntas médicas realizadas a trabajadores jubilados por invalidez entre 2010 y 2019 y según nivel de instrucción. Neuquén, 2019

Mivel de instrucción	N° de jubilados por invalidez		Naturaleza de la invalidez			
			Física		Psicofísica	
	Frecuencia (n=123)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=57)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=66)	Porcentaje (100%)
Analfabeto o primario incompleto (A)	5	4,1	3	5,3	2	3,0
Primario completo (P)	55	44,7	24	42,1	31	47,0
Secundario completo (S)	26	21,1	13	22,8	13	19,7
Universitario (U)	37	30,1	17	29,8	20	30,3
Total	123		57	46,3	66	53,7

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

7.3.3 Relación de la invalidez con el trabajo

Esta relación no aparece en forma explícita en los dictámenes de las juntas médicas intervinientes en el proceso de otorgamiento de la jubilación. Sin embargo, de la lectura de cada expediente surgen elementos que permiten aproximarnos a estimar esa situación.

Tabla N° 25
Relación de la invalidez con el trabajo, según surge del análisis de los dictámenes de juntas médicas realizadas a trabajadores jubilados por invalidez entre 2010 y 2019, según agrupamiento. Neuquén, 2019

Mivel de instrucción	N° de jubilados por invalidez		Relación con el trabajo					
			SI		NO		Dudosa	
	Frecuencia (n=123)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=7)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=93)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=23)	Porcentaje (100%)
Operativo (OP)	16	13,0	1	14,3	13	14,0	2	8,7
Asistente de la Salud (AS)	42	34,1	4	57,1	31	33,3	7	30,4
Administrativo (AD)	29	23,6	2	28,6	23	24,7	4	17,4
Técnico (TC)	13	10,6	0	0,0	10	10,8	4	17,4
Profesional (PF)	23	18,7	0	0,0	16	17,2	6	26,1
Total	123		7		93		23	

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

De esa estimación surge lo que se volcó en la tabla N° 25 y que muestra que de los 123 casos, en 7 casos (5,7%) era evidente el vínculo trabajo-invalidez y en 23 casos (18,7%) esa relación era dudosa. Dicho de otra manera, en el 24.4% de los casos no pudo descartarse el vínculo entre el proceso de trabajo y la invalidez laboral sufrida por el trabajador.

7.3.4 Diagnósticos según clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)

Para este trabajo se transcribió en la base 3 de esta investigación, textualmente lo que los integrantes de las juntas médicas convocadas para evaluación de trabajadores apuntaron en cada dictamen. A partir de esos diagnósticos, que utilizaron la escala del Baremo aprobado mediante el Decreto Nacional N° 478/98 para establecer las normas para evaluación, calificación y cuantificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, y de la lectura de cada dictamen con los antecedentes y certificaciones obrantes en cada expediente, se codificó cada diagnóstico empleando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

La CIE-10 es una clasificación de enfermedades que puede definirse como un “sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos”¹¹. Permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

Para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades se agrupan en:

- enfermedades epidémicas
- enfermedades constitucionales o generales
- enfermedades localizadas ordenadas por sitios
- enfermedades del desarrollo
- traumatismos

Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE-10. El esquema ha resistido la prueba del tiempo y, aunque de alguna manera arbitraria, todavía es considerado como una estructura más útil para propósitos epidemiológicos generales que cualquiera de las alternativas que se han probado.

¹¹ **Clasificación internacional de enfermedades.** Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sssalud/hospitales/clasificacion-internacional-enfermedades#:~:text=se%20han%20probado.-,La%20C.I.E.,9.>

Los dos primeros y los dos últimos de los grupos listados anteriormente comprenden “grupos especiales”, los cuales ofrecen un conjunto de afecciones que podrían ser organizadas inconvenientemente para estudio epidemiológico si estuvieran diseminadas, por ejemplo, en una clasificación organizada primariamente por sitio anatómico. El grupo restante, “enfermedades localizadas ordenadas por sitio”, incluye los capítulos de la CIE para cada uno de los sistemas del cuerpo¹².

La C.I.E. utiliza un código alfanumérico, con una letra en la 1° posición y números en la 2°, 3°, y 4° posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van por lo tanto de A00.0 a Z99.9.

Se define como la afección diagnóstica al final del proceso de atención de la salud cómo la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

Para este trabajo se codificaron todos los diagnósticos relevados por la junta médica actuante que se volcaron en el dictamen correspondiente con el cálculo del porcentaje de invalidez resultantes de cada uno de ellos. En la base 3 (**anexo digital N° 4**) de este estudio se consignaron hasta cinco diagnósticos que contribuyeron a la invalidez del trabajador, sin perjuicio de lo cual en 36 casos se consignaron más diagnósticos, aunque solamente en 12 de esos casos el diagnóstico sumó algún porcentaje de invalidez. Esos 12 casos donde se sumaron diagnósticos que se tuvieron en cuenta para el cálculo de invalidez, contribuyeron en promedio, solo a un 3% de invalidez.

En base a esos cinco diagnósticos mencionados se elaboró la tabla que sigue, la cual consigna en orden decreciente, el número de diagnósticos registrados en los dictámenes de juntas médicas, agrupados por capítulos de la CIE-10 (Tabla N° 26).

¹² Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen 2. Manual de instrucciones.
Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>

Tabla N° 26
Diagnósticos consignados en dictámenes de juntas médicas de jubilaciones por invalidez otorgadas entre 2010 y 2019, según grupo de causas, clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)

Cap.	Códigos	Título	Diagnóstico 1	Diagnóstico 2	Diagnóstico 3	Diagnóstico 4	Diagnóstico 5	TOTAL
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	24	23	20	10	4	81
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	38	19	3	1	4	65
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	10	17	14	16	8	65
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	9	3	3	3	0	18
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4	4	5	2	1	16
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	8	1	2	1	3	15
II	C00-D48	Neoplasias	11	1	0	1	0	13
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	6	2	2	0	1	11
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	4	0	3	0	3	10
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	5	1	0	2	1	9
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo	1	2	1	4	0	8
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	0	1	1	1	1	4
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1	0	2	0	0	3
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1	0	1	0	0	2
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	0	0	0	2	0	2
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0	0	0	0	1
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	0	1	0	0	0	1
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	0	0	0	0	0
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	0	0	0	0	0	0
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales	0	0	0	0	0	0
			123	75	57	43	26	324

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

Tabla N° 27
Diagnósticos consignados en dictámenes de juntas médicas de jubilaciones por invalidez otorgadas entre 2010 y 2019, y promedio de incapacidad por caso para tres grupos seleccionados de problemas de salud en los tres primeros diagnósticos consignados

Cap.	Códigos	Título	Diagnóstico 1		Diagnóstico 2		Diagnóstico 3	
			N° de casos	Promedio de % de incapacidad de cada caso	N° de casos	Promedio de % de incapacidad de cada caso	N° de casos	Promedio de % de incapacidad de cada caso
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	38	53,8	19	17,7	3	17
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	24	48	23	13,6	20	7
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	10	40,5	17	11,6	14	6,9

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

En la tabla N° 27 se discrimina para los tres primeros grupos de problemas de salud expuestos en la tabla precedente el porcentaje de incapacidad que cada uno de esos diagnósticos aportó en el cálculo final para otorgar el beneficio. Se promedió el porcentaje aportado por cada uno de los diagnósticos consignados en los dictámenes analizados.

Tabla N° 28
Diagnósticos consignados en dictámenes de juntas médicas de jubilaciones por invalidez dos o más veces, según diagnóstico de la CIE-10

Código CIE-10	Diagnóstico	Número de casos
I83.1	Venas varicosas de miembros inferiores con inflamación	30
I10	Hipertensión esencial (primaria)	28
M42.1	Osteocondrosis de columna vertebral del adulto	18
F33.1	Trastorno depresivo mayor, recurrente, moderado	16
F33.2	Trastorno depresivo mayor, recurrente grave sin síntomas psicóticos	9
H90.0	Hiposusia conductiva, bilateral	9
M65.811	Otros tipos de sinovitis y tenosinovitis, hombro derecho	9
F60.3	Trastorno límite de personalidad	8
M06.4	Artritis reumatoide sin factor reumatoide, mano	7
E11	Diabetes mellitus tipo 2	7
E10	Diabetes mellitus tipo 1	7
H54.2	Baja visión, ambos ojos	7
H53.4	Defectos del campo visual	6
J44	Baja visión, ambos ojos	6
F31	Trastorno bipolar	6
K43.9	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena	5
N18.9	Enfermedad renal crónica, no especificada	5
I73.9	Enfermedad vascular periférica, no especificada	5
M65.812	Otros tipos de sinovitis y tenosinovitis, hombro izquierdo	5
M42.9	Osteocondrosis vertebral no especificada	4
I25.5	Miocardopatía isquémica	3
L40.0	Psoriasis vulgar	3
F32.2	Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos	3
M50.1	Trastorno de disco cervical con radiculopatía	3
C64	Neoplasia maligna de riñón, excepto pelvis renal	2
C20	Neoplasia maligna de recto	2
I83.2	Venas varicosas de extremidades inferiores con úlcera e inflamación	2
F43.0	Reacción aguda de estrés	2
F43.1	Trastorno por estrés posttraumático (TEPT)	2
F09	Trastorno mental no especificado debido a afección fisiológica conocida	2
F32.0	Trastorno depresivo mayor, episodio único	2
M43.1	Espondilolistesis	2
J45	Asma	2
M16.9	Artrosis de cadera no especificada	2
F33.4	Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión	2
G57.0	Lesión de nervio ciático	2
M25.6	Trastornos de la raíz cervical, no clasificados bajo otro concepto	2
M42.1	Osteocondrosis de columna vertebral del adulto	2
G54.2	Trastornos de la raíz cervical, no clasificados bajo otro concepto	2

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

En la Tabla N° 28 se consignaron los 239 diagnósticos registrados dos o más veces en los dictámenes, en orden decreciente y de acuerdo al código asignado por la CIE-10 para cada caso.

7.3.5 Instancia de resolución para dictaminar invalidez

En la tabla que sigue se presentan los 123 casos distribuidos según la instancia de otorgamiento de la jubilación por invalidez, según el agrupamiento al cual pertenecen los trabajadores.

El análisis de los expedientes de los 123 dictámenes disponibles de juntas médicas, muestra que 92 casos (74,8%) fueron resueltos en la primera instancia de evaluación de los mismos, 26 (21,1%) requirieron una segunda evaluación para alcanzar el mínimo de 66% de invalidez a fin de otorgar el beneficio, y el 4% restante necesitó una evaluación en el marco de una segunda instancia de apelación presentada por el trabajador.

Tabla N° 29
Instancia de otorgamiento de la jubilación por invalidez a trabajadores jubilados entre 2010 y 2019, según agrupamiento. Neuquén, 2019

Agrupamiento	N° de jubilados por invalidez		Instancia de resolución de jubilación por invalidez					
			1° instancia		1° apelación		2° apelación	
	Frecuencia (n=123)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=92)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=26)	Porcentaje (100%)	Frecuencia (n=5)	Porcentaje (100%)
Operativo (OP)	16	13,0	10	17,5	5	19,2	0	0,0
Asistente de la Salud (AS)	42	34,1	32	56,1	9	34,6	1	20,0
Administrativo (AD)	29	23,6	23	40,4	5	19,2	1	20,0
Técnico (TC)	13	10,6	11	19,3	3	11,5	1	20,0
Profesional (PF)	23	18,7	16	13,0	4	15,4	2	40,0
Total	123	100,0	92	74,8	26	21,1	5	4,1

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los dictámenes de juntas médicas disponibles en la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN)

7.4 Relación entre jubilación por invalidez y los dispositivos destinados al monitoreo y cuidado de la salud de los trabajadores

7.4.1 Estimación de situaciones pasibles de ser detectadas al ingreso

Del análisis de los dictámenes emitidos por las juntas médicas intervinientes en cada caso analizado no se obtuvieron resultados inequívocos que pudiesen dar cuenta de la posible relación entre las evaluaciones realizadas al ingreso del trabajador al sistema público de salud y su ulterior invalidez laboral.

Esta posible vinculación no se registra como tal en los informes emitidos por las juntas médicas, aunque es posible mencionar algunas peculiaridades que se comentarán en el apartado destinado a la discusión de los resultados.

7.4.2 Los dispositivos de monitoreo y cuidado de la salud del trabajador

La principal fuente de información para dar cumplimiento a este objetivo fueron los autoinformes semi-estructurados que, en base a un cuestionario auto-aplicado, a partir de una guía de preguntas, fue respondido por responsables de áreas de Salud Ocupacional en las jefaturas de zonas sanitarias del sistema público de salud de Neuquén y hospitales de Neuquén capital (ver **anexo 6**). Se invitó a nueve médicos laborales del sector público neuquino. Contestaron el cuestionario propuesto siete con responsabilidades en: Dirección provincial (nivel central), Zona Sanitarias II, III, IV y Hospitales Bouquet Roldán y Heller de Neuquén capital.

En el **anexo digital N° 5** se expone una sistematización de las respuestas ofrecidas, mencionando a continuación los principales resultados, siguiendo la secuencia de preguntas formuladas. El cuestionario refirió al proceso de ingreso de los trabajadores a la administración público y en una segunda parte a los dispositivos implementados en orden a llevar adelante un proceso de monitoreo y cuidado de la salud de los mismos.

A los efectos enunciados se menciona cada pregunta y a continuación de cada una síntesis de las respuestas obtenidas.

7.4.2.1 Sobre el ingreso de trabajadores al sistema de salud

1. ¿Con qué dispositivos o procedimientos cuenta la Subsecretaría de Salud para evaluar la salud de los agentes ingresantes al sistema público provincial de salud (SPPS)?

Todos los entrevistados contestaron que se evalúa con el examen pre-ocupacional.

2. ¿Qué aspectos incluye la evaluación de ingreso?

Todos coincidieron en que se incluye: examen físico completo, laboratorio básico de ley agregando serologías (HBV, HCV y VDRL), ECG, radiografía de tórax frente y de columna lumbo-sacra (frente y perfil).

3. ¿Qué instrumento de registro se utilizan a tal efecto?

Planilla de examen pre-ocupacional. Uno de los médicos refirió que se registra en la historia clínica laboral del trabajador.

4. Desde su punto de vista, ¿es una evaluación completa?, ¿qué agregaría?

Hay consenso en sostener que la evaluación es incompleta. Los aspectos vinculados con los problemas de orden físico están cubiertos, pero se destaca la ausencia de evaluación psicológica (psico-diagnóstico) y evaluaciones específicas orientadas a cada puesto de trabajo por ejemplo EEG a choferes, determinación de alcohol y drogas en puestos sensibles (personal de farmacia, quirófano, choferes, etc.) o audiometrías. También se propone agregar que los estudios paraclínicos sean informados por el profesional capacitado para tal fin y tal como dicta la ley (ECG, imágenes).

5. Según su experiencia, ¿puede estimar el porcentaje de postulantes rechazados?

Alto nivel de acuerdo respecto de que es insignificante el porcentaje de postulantes rechazados como resultado de la evaluación al ingreso. 1% o menos, es la estimación que más se registró entre las respuestas a esta pregunta.

7.4.2.2 Sobre el cuidado y monitoreo de la salud del trabajador de salud en actividad

6. ¿Se realizan exámenes periódicos del estado de salud de los trabajadores?

Sí, se realizan, pero no son anuales tal como lo establece el Anexo II de la Resolución 37/2010 de la SRT (**anexo 7**), no se adecuan al puesto de trabajo y son incompletos. No se adecuan a los mapas de riesgo y a los distintos riesgos a los que los trabajadores están expuestos.

7. ¿Quién se encarga de esas evaluaciones?

A cargo de la ART o de la prestadora de salud contratada por la ART

8. ¿Siguen un protocolo establecido por la SSS?

La respuesta fue dispar, pero la directora provincial de Salud Ocupacional respondió: "No, lo establecido es por Medicina Laboral y cada vez que se cambia de gestión por ahí también eso cambia".

9. ¿Cuál es el instrumento de registro?, ¿está accesible en cada hospital?, ¿existe historia clínica del trabajador de salud?

Historia clínica laboral de cada trabajador que no siempre está en cada hospital ya que no todos cuentan con servicio de medicina Laboral. En algunos hospitales en el legajo personal de cada trabajador.

10. ¿Cómo se vincula Salud Ocupacional con las ART?

Hay consenso en que el vínculo con la ART es muy débil o inexistente. Se limita a colaborar con la logística de los exámenes periódicos o el análisis de algún caso puntual.

11. ¿Hay un plan dedicado a la seguridad y salud del trabajador?

Hay unanimidad en responder que no hay un plan dedicado a la seguridad y salud del trabajador, más allá de algunas iniciativas aisladas que encuentran limitaciones por falta de personal dedicado a esta tarea.

12. ¿Qué líneas de acción prioriza con relación al cuidado de la salud de los trabajadores de salud para cada agrupamiento de trabajadores en término de prevención de salud en general y en articular por el tipo de función?

No hay líneas de acción priorizadas por falta de plan. Algún médico hizo mención a que debiera ajustarse a lo normado en la Resolución 905/2015 de la SRT (**anexo 8**) y solo uno detalló que la programación de Medicina Laboral incluye: consultorio de Medicina del Trabajo a demanda, recorridas periódicas con el servicio de Seguridad e Higiene zonal de los puesto de trabajo, realización de mapas de riesgo por puesto de trabajo y establecimiento y consultorio de seguimiento de ausentismo laboral.

13. ¿Qué componentes incluye?

No fue respondida.

14. Desde su puesto de trabajo con relación a salud ocupacional, ¿cuáles son los principales motivos de ausentismo por enfermedad de corta duración¹³ del personal de salud?, ¿podría mencionar los tres más frecuentes según agrupamientos?

Con pocas diferencias entre los preguntados, se sostiene que, en todos los agrupamientos, las causas suelen ser las mismas que las de la población general. 1. enfermedades infecciosas estacionales; 2. problemas traumatológicos menores como lumbalgias, contracturas cervicales o traumatismos menores; 3. problemas digestivos habituales (gastritis, cólicos intestinales, cólicos biliares). Dos de los médicos incluyeron con causas de enfermedades de corta duración motivos psicológicos (ver anexo digital N° 4).

15. ¿Cuáles son los principales motivos de ausentismo por enfermedad de larga duración¹⁴ del personal de salud?, ¿podría mencionar los tres más frecuentes según agrupamientos?

Las respuestas denotan fuerte consenso en relación a las causas de orden psicológica y/o psiquiátrica como las más frecuentes en todos los agrupamientos. En algunos casos vinculadas a situaciones personales y en otros a cuestiones relacionales en el lugar de trabajo.

¹³ **CCT. Artículo 58°, inciso a).** “Tratamiento de la salud de corta duración: ... se concederá a los agentes hasta cuarenta y cinco (45) días corridos de licencia por año calendario, en forma continua o discontinua con percepción íntegra de haberes.”

¹⁴ **CCT. Artículo 58°, inciso b).** “Licencias que impongan largo tratamiento de salud o por motivos que aconsejen la hospitalización o el alejamiento del trabajador por razones de profilaxis o seguridad, se concederá hasta dos (2) años de licencia en forma continua o discontinua para una misma afección, con percepción íntegra de haberes, previo dictamen de junta médica.”

En segundo lugar, se ubican los problemas traumatológicos con algunas particularidades de acuerdo al agrupamiento. Luego se destacan enfermedades oncológicas y cardiovasculares.

16. ¿Cuáles son los principales motivos por los que un trabajador de salud inicia la gestión para acogerse al beneficio de la jubilación por invalidez según agrupamientos?

Sin unanimidad en las apreciaciones, y haciendo la salvedad que es un aspecto no manejado directamente por los servicios de Medicina Laboral sino por el Instituto de Seguridad Social de Neuquén, se apuntan a causas psicológicas y/o psiquiátricas como los principales motivos de inicio de gestión de jubilaciones por invalidez. Se mencionan, especialmente para los sectores operativos, las causas de orden traumatológico.

17. Otros comentarios que crean relevantes para mejorar el cuidado de la salud de los trabajadores de salud del SPPS.

Los comentarios rescatados serán incluidos en la sección dedicada a la discusión de los resultados y las conclusiones de este trabajo.

8. DISCUSIÓN

8.1 Encuadre propuesto para el análisis

En primera instancia se analizan los resultados obtenidos al realizar el trabajo de campo, agrupando los comentarios siguiendo la secuencia de fases desarrolladas.

Fue mencionado al iniciar el desarrollo del marco teórico que el mismo se constituía en el encuadre conceptual de este trabajo sobre tres pilares: el concepto salud-enfermedad-cuidado y la importancia del trabajo para las personas; la genealogía del estudio de las relaciones del trabajo y la salud, y finalmente las peculiaridades de trabajar en salud.

Por esa razón se consideró pertinente incluir en segundo lugar un apartado que intenta, a la luz de los resultados obtenidos al realizar la investigación, vincular esos aspectos teóricos con el escenario concreto del estudio. Interpretamos la validez de esa asociación como sustento de potenciales futuras investigaciones surgidas de los interrogantes que decantan de este trabajo y que se expondrán en el capítulo dedicado a las conclusiones.

8.2 Sobre los resultados de la investigación

8.2.1 Fase 1: Análisis de base de datos de jubilados de toda la administración pública provincial (base 1).

Al 31 de diciembre de 2019 el 41,2% de los jubilados totales de la administración pública provincial habían prestado servicios fundamentalmente en el Consejo Provincial de Educación. En ese sector, que además es el que más trabajadores concentra (25 261 trabajadores sobre un total de 57 491, es decir, el 43,9 % del total de empleados públicos¹⁵) el porcentaje de jubilados por invalidez era del 8,7%. El sector Salud Pública de Neuquén, es el segundo en concentración de trabajadores (10 275 trabajadores, 17,9% de la planta de personal provincial según el proyecto de presupuesto 2021). Los jubilados del sector Salud representaban el 11 % de los jubilados públicos totales y los jubilados por invalidez 20,9%. La comparación entre los dos principales organismos públicos (Educación y Salud) muestra que el porcentaje de jubilados por invalidez en Salud es 2,4 veces más que el correspondiente a Educación. En esa comparación el Odds Ratio (OR) resultante es de 2,79 (límite de confianza 2.48 – 3.14).

¹⁵ **Proyecto de Presupuesto 2021.** Gobierno de la Provincia del Neuquén. Anexo II Planta de personal. Disponible en: <https://www.economianqn.gob.ar/contenido/file/6951>

Con un total de 530 personas jubiladas por invalidez de un total de 2 533 trabajadores jubilados, ese 20,92% implica que dos de cada diez trabajadores de salud del sector público de Neuquén, que estando vivos al 31 de diciembre de 2019 y cobraban sus haberes jubilatorios, culminaron su vida laboral antes del tiempo previsto de acuerdo a las condiciones legales vigentes, al detectarse una incapacidad laboral igual o superior al 66%.

De todos los demás organismos públicos considerados en el estudio, que incluyen también a trabajadores municipales y de comisiones de fomento, solamente dos reparticiones, Dirección Provincial de Vialidad (DPV) y Ministerio de Acción Social, superan a Salud en porcentaje de jubilados por invalidez respecto del total de jubilados. Empero, vale mencionar que ambos tienen una planta de personal mucho menor que la de Salud (DPV el 0,95% y Acción Social el 6,7% de la planta total según la fuente ya citada) y que dentro del Ministerio de Acción Social se incluyen trabajadores que han prestado servicios en el sector salud, aunque para los registros del ISSN su lugar principal de prestación laboral haya sido el consignado.

El Odds Ratio resultante al comparar a los trabajadores de Salud con el resto de los empleados de la administración pública (20 427 jubilados totales con 1 983 jubilados por invalidez), es de 2,726 (límite de confianza 2.45 – 3.03). También en este cotejo, que no considera otras variables tales como sexo, nivel de instrucción o categorías de los trabajadores, el OR supera la unidad.

El análisis del conjunto total de jubilados y pensionados de la administración pública provincial, que cobraban sus haberes al 31 de diciembre de 2019, muestra en consecuencia, que la chance de culminar la vida laboral prematuramente a raíz de un problema de salud que genera invalidez, es francamente mayor para los trabajadores de salud.

8.2.2 Fase 2: Análisis de base de datos de jubilados del Sistema Público de Salud de Neuquén (base 2)

8.2.2.1 Protección social, sistema previsional y relación activos/pasivos entre los trabajadores de salud de Neuquén

“La *protección social* abarca los mecanismos socialmente organizados que, con variables tipos y grados de institucionalización, proporcionan a los miembros de una sociedad seguridades políticamente instituidas ante (y contra) riesgos que amenazan su bienestar socioeconómico. La existencia de tipos y grados variables de institucionalización indica la diversidad de formas organizativas y de financiamiento, alcances y orientaciones” (Costa & Hintze, 2017).

En la Provincia del Neuquén, de modo similar a otras jurisdicciones que no han traspasado sus cajas previsionales a la Nación, convergen dos sistemas de seguridad social: el nacional provisto por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y el provincial, brindado por el Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN). La ley provincial N° 611 (t.o. 1982) establece el marco legal que rige el sistema previsional para los trabajadores de la administración pública provincial.

En Neuquén el sistema está estructurado sobre el instituto mencionado que se presenta ante la sociedad refiriendo: “Somos la obra social de la Provincia del Neuquén y su caja de jubilaciones. Nacimos el 30 de enero de 1970, de la aprobación de la ley 611 que unió la entonces caja Obra Médica Asistencial y la Caja de Jubilaciones, Formamos un sistema solidario compuesto por más de 200.000 afiliados, de los cuales más de 22.000 son beneficiarios del sistema previsional provincial”.¹⁶

Efectivamente el ISSN integró la Caja de Previsión Social de la Provincia, creada por Ley 178/61 y la Caja Obra Médico Asistencial de la Administración (Ley 42 del año 1958), siendo en términos organizativos un ente autárquico que en la actualidad se encuentra dentro del Ministerio de Salud, aunque en otros momentos dependió de distintas unidades organizativas del gobierno provincial.

El sistema previsional neuquino está configurado bajo el régimen de reparto, e implica una relación intergeneracional por medio del cual los trabajadores activos realizan aportes en función de sus ingresos, que son utilizados para financiar los haberes de aquellos que concluyeron su vida laboral. Por esa razón, debe articular los mecanismos pertinentes y adoptar las medidas necesarias a fin de garantizar tanto la estabilidad y el financiamiento del Instituto de Seguridad Social del Neuquén, como así también su pleno funcionamiento, en el marco de la sustentabilidad del régimen previsional público.

En ese contexto el análisis de la relación entre el número de trabajadores activos y de jubilados deviene en un dato esencial para valorar la sustentabilidad del sistema previsional. Para el sector salud, tal como se aprecia en la Tabla N° 9 a diciembre de 2019 el sistema público de salud en Neuquén contaba con 9 283 trabajadores y los trabajadores jubilados por todas las causas a esa misma fecha totalizaban 2 533 personas, estableciendo una relación de 3,66 activos por cada trabajador jubilado. De acuerdo a la norma legal vigente (Decreto N° 345/2016) con algunas variantes de acuerdo al organismo público del que se trate, en la Provincia del Neuquén, está estipulado que los aportes patronales son equivalentes al 15,5%

¹⁶ <https://www.issn.gov.ar/institucional/> (consulta 12/11/021)

del salario y las contribuciones personales ascienden también al 15,5%, aportando en conjunto el 32% del costo salarial con la finalidad de constituir el financiamiento del sistema previsional de reparto.

Tanto las autoridades provinciales, como los representantes gremiales que son parte del colegiado que conduce el ISSN, coinciden en apuntar que la relación activos/pasivos que garantice estabilidad está en el orden de 3,5 a 4 trabajadores activos por cada jubilado como mínimo. Esa estimación surge al considerar que el salario de los trabajadores se incrementa en función de la antigüedad de cada uno, independientemente de la categoría en la que reviste.

A nivel nacional el déficit crónico del sistema de seguridad social ha llevado a que desde la década de 1990 se le asignara en forma específica una parte de los tributos que recauda la Nación. Entre ellos el 11% de 93,73% del impuesto al valor agregado (Ley 23.966); equivale al 10,31% del IVA; el 100% del impuesto a los débitos y créditos bancarios (Ley 25.413); o el 100% del impuesto a los cigarrillos (Ley 25.239); por citar algunos ejemplos.

Esto no ha ocurrido en Neuquén hasta la fecha, pero esa preocupación se advierte en el texto del Decreto N° 345 de 2016, cuando para justificar los cambios en los porcentajes de aportes y contribuciones expresa: “Que el aumento sostenido de la expectativa de vida de las personas que ha ampliado el universo de cobertura jubilatoria, ha contribuido a generar a nivel mundial una tendencia de crisis en los sistemas previsionales, repercutiendo negativamente en los mismos y complicando su sustentabilidad financiera...” (Poder Ejecutivo de Neuquén, 2016).

Par el sector Salud, si bien como se mencionó, al momento de establecer el corte para el presente estudio, la relación activos/pasivos era de 3,66 a 1, es esperable que la situación se deteriore en este sentido, especialmente considerando la evolución de la planta de personal que tal como se muestra en la Tabla N° 2 muestra un fuerte incremento a partir de la década de 1990, con lo cual se acumularían en los próximos años importante número de trabajadores en condiciones de acceder al beneficio jubilatorio al cumplir los 30 años de servicio.

Vinculado con lo anterior resulta sugestivo confirmar la clara tendencia declinante en el otorgamiento de jubilaciones por invalidez en el sector salud (ver Tabla N° 10 y Figura N° 8). Esta misma situación se reproduce en otros organismos públicos, coincidente con cambios en el proceso de evaluación de las solicitudes que llegan al Departamento de Juntas Médicas del ISSN. En efecto, a partir de 2015, se instrumentaron cambios en las conformaciones de las juntas médicas encargadas de evaluar las solicitudes de jubilaciones por invalidez. Se incorporan a todas ellas psiquiatras laborales para contribuir con la evaluación de aspectos psicológicos y psiquiátricos, se conformaron nuevas juntas de apelaciones y todo el proceso

se tornó más estricto y exigente. El resultado de esos ajustes generó una merma notoria en el número de personas beneficiarias de este tipo de beneficios, y aunque no se declara explícitamente esta postura como una política institucional para reducir el número de jubilaciones, evidentemente demarcó una actitud más restrictiva en orden a incorporar trabajadores al régimen de jubilaciones anticipadas por estas causas.

8.2.2.2 Jubilaciones en trabajadores de salud de Neuquén

Se examinaron las jubilaciones de trabajadores de salud según sexo y agrupamiento al que esos agentes pertenecían concordando con Mehry en que al analizar a los equipos de salud antes que juzgar si son buenos o malos, debe indagarse porque razones instrumentales están constituidos y en el marco de que juego de intencionalidades. Por esa razón, el lugar que ocupan los trabajadores en la organización y el trayecto vital que los llevó a ser parte de este sector de la administración pública, influye en el modelado del *trabajo vivo en acto*. Ergo, se consideró pertinente analizar una de las consecuencias del trabajar en salud, en este caso la culminación anticipada de la vida laboral, de acuerdo al lugar que ocupan en la organización los trabajadores con sus necesidades, expectativas e intenciones, teniendo en cuenta la información disponible a ese fin.

De las tablas que ilustran la distribución del conjunto de trabajadores jubilados del Sector Salud, de acuerdo al tipo de beneficio se destaca lo siguiente:

El promedio de edad para las jubilaciones ordinarias fue levemente superior al límite establecido de 55 años para las mujeres y 60 para los varones. Efectivamente fue de 56,8 años para las mujeres y de 61,1 para los varones, encontrando explicación en la segunda condición para acceder a la jubilación que es la de contar con un mínimo de 30 años de servicio efectivo.

Del total de jubilados el 73,3% son mujeres y el 26,7 son varones.

Respecto de las jubilaciones por invalidez, las otorgadas a mujeres representan el 76,8% y las recibidas por varones el 23,2% restante.

El promedio de edad para las jubilaciones ordinarias fue efectivamente de 56,8 años para las mujeres (límite establecido como mínimo: 55 años) y para los varones de 61,1 años (límite establecido como mínimo: 60 años).

Para las jubilaciones por invalidez, por su parte, el promedio de edad al culminar la vida laboral fue de 50,3 años para las mujeres (mediana: 51,9 - DE 7,4) y de 52,1 para los varones (Mediana: 52,8 - DE 7,1).

Como fue mencionado la distribución por sexos muestra diferencias. En efecto, mientras que entre los jubilados totales las mujeres representan el 73,3% en el grupo de los

jubilados por invalidez ese porcentaje asciende al 76,8%. El Odds Ratio (chance) de 1,262 sugiere que el grupo de mujeres tiene mayor posibilidad de jubilares por invalidez que los varones (1,26 veces superior). Sin embargo, ese indicador muestra un límite de confianza que en su extremo inferior se acerca a la unidad (1,009) con lo cual esa diferencia resulta apenas significativa.

También se registran diferencias al analizar la distribución porcentual de casos de jubilaciones por invalidez según agrupamientos respecto del conjunto completo. Así, analizando ambos extremos, vale señalar que el agrupamiento operativo que representa el 13,4% del total de los jubilados de salud acumula el 23,8% del total de jubilados por invalidez. El agrupamiento profesional, por su parte, que representa el 28,4% del total de jubilados acumula solamente el 11,5% de los jubilados por invalidez (Tabla N° 14).

En este sentido destaca que la asociación agrupamiento – jubilación por invalidez sea más alta en el grupo de "operativos" con un OR de 2,61 y que luego muestre una tendencia decreciente al compararse cada grupo con el total restante. La posibilidad (o riesgo) mayor se manifiesta para el mencionado grupo (2,6 veces superior), siendo también significativa para los agrupamientos de asistentes de salud y administrativos, aunque en estos casos con chances menores. Siendo que el grupo de trabajadores enrolados en el agrupamiento operativo desarrolla tareas que requieren esfuerzo físico, resulta evidente que, tal como advierten los médicos laborales consultados, aparece un llamado de atención respecto de acciones a desarrollar en orden a prevenir daños en la salud.

A su vez cuando se combina la variable agrupamiento con el sexo de los trabajadores jubilados por invalidez, estableciendo los intervalos de confianza (Tabla N° 15), puede advertirse que solamente para el agrupamiento profesional el rango no se solapa, resultando significativo, vale decir, que los varones profesionales tendrían mayor riesgo que las mujeres profesionales a culminar anticipadamente su vida laboral. Abre esta observación otro interrogante a responder en futuros estudios.

8.2.2.3 Años de vida laboral perdidos (AVLP)

Como fue mencionado, a diciembre de 2019 cobraban su haber jubilatorio en función de estar jubilados por invalidez, 530 trabajadores del sector salud (OP: 126; AS: 197; AD: 99; TC: 47 y PF: 61). Esos agentes, al culminar en forma anticipada su trayecto laboral, acumularon un total de 2 897 años los años de vida laboral perdidos, o dicho de otra manera, si hubiesen llegado trabajando a la edad establecida como límite para la jubilación ordinaria, ese conjunto hubiese laborado 2 897 años más.

Debe connotarse que ese cálculo refiere solamente a aquellos trabajadores que a la fecha del corte del estudio vivían, siendo esta aclaración necesaria para advertir que a esos AVLP debieran sumarse aquellos de los agentes jubilados por invalidez en el período estudiado, fallecidos antes de diciembre de 2019. Aunque esa información no estuvo disponible, limitando el análisis a las condiciones referidas, los resultados advierten sobre el fuerte impacto que la situación estudiada genera en el sistema de salud.

La Tabla N° 16 expone la distribución del total de AVLP según agrupamiento y sexo de los agentes jubilados por invalidez.

En 2012, Ginés González García en un trabajo que se enfoca en la salud de los médicos en Argentina, estimaba que el sistema de salud en nuestro país, en conjunto empleaba aproximadamente 700 000 personas, lo cual equivalía al 4,7% del total de trabajadores ocupados de los aglomerados urbanos del país. Si bien el sector público concentra alrededor del 40% del total de los empleados en esta actividad, la evolución de los últimos años registra una tasa de crecimiento superior en el ámbito privado (González García et al., 2012).

La información para Neuquén no está disponible en lo que respecta al sistema de salud en su conjunto, pero como fue referido, el sector Salud Pública de Neuquén, es el segundo en concentración de trabajadores, con 10 275 trabajadores, lo cual representa el 17,9% de la planta de personal de la administración pública provincial. Valga esta acotación para jerarquizar la importancia del devenir de la salud de estos trabajadores en función no solamente del peso porcentual que acumulan sobre el conjunto, sino también en relación a la representación social que esto implica al ser referentes de este derecho en las comunidades de las que forman parte.

Respecto de la composición por sexo de la planta de personal, Laura Pautassi consigna que en la Argentina “la ocupación del sector salud explica aproximadamente el 8% del empleo femenino, considerando que el 65% de quienes trabajan son mujeres”, agregando que hacia 2004, “en el sector salud el 70% de cuentapropistas y el 64% de los asalariados eran mujeres...” (Pautassi, 2006, p.194). La misma autora agrega que históricamente el sector salud tuvo una fuerte presencia de mano de obra femenina, especialmente en las áreas calificadas como de auxiliares de la salud, evidenciándose más recientemente una tendencia hacia la feminización que también avanza en los sectores profesionales (Pautassi, 2006, p. 198).

En Neuquén, si bien tampoco ha sido constante la composición de la planta de trabajadores por sexos en del sistema público de salud, se tomó como referencia la información suministrada por la Dirección Provincial de Recursos Humanos para 2018 (ver

anexo digital 3). En ese momento el 66,8% de la planta de salud eran mujeres con lo cual la cantidad de años de vida laborales perdidos por las mujeres que debieron terminar en forma anticipada su vida laboral, resulta equivalente (1 929 años sobre un total de 2 897, es decir, 66,6%).

El promedio de AVLPA es de 5,47 por cada trabajador jubilado por esta causa y cuando se analiza ese indicador considerando los cinco agrupamientos se observa que está en el rango que va desde 4,23 a 6,38 años por cada uno (Tabla N° 18).

Sin embargo, al calcular la distribución de los AVLPA por sexo y por cada trabajador, puede observarse que por cada jubilado por invalidez de sexo masculino se perdieron en promedio 7,87 años, en cambio por cada mujer la pérdida fue de 4,74 años en promedio (Tabla N° 17). La prueba Kruskal-Wallis para la diferencia del promedio de AVLPA entre mujeres y varones resulta significativa, con un valor $p = 0,000$. Esto quiere decir que la diferencia no es debida al azar. Solo en el agrupamiento técnico la diferencia no es claramente significativa (Tabla N° 19), abriendo otra línea de investigación para nuevos estudios, en este caso para analizar el riesgo diferencial entre varones y mujeres.

Más allá de la estimación económica generada por la pérdida de años laborales que se expone más adelante, esta quita impacta en el sistema de salud en tanto se desaprovecha un proceso costoso de formación y maduración. Campos sostiene que “uno de los principales secretos para asegurar calidad en salud estaría en una adecuada combinación de autonomía profesional con cierto grado de definición de responsabilidad para los trabajadores” (Campos, 2001, p. 101). El logro de ese equilibrio conlleva tiempo de formación de los trabajadores, en tanto capacitación y entrenamiento específico en la tarea y también, tiempos institucionales de maduración de la organización hacia formas más participativas surgidas a partir de vertebrar un proyecto institucional. La construcción de un proyecto que convoque a un vínculo efectivo entre trabajadores y ciudadanos, y que a su vez promueva un fuerte sentido de pertenencia, demanda trayectos que se interrumpen en casos como los que nos ocupan. En consecuencia, no solo impactan en la salud del propio trabajador, sino también en la organización de la que forma parte, sustrayendo el potencial aporte de estos agentes en función de contribuir con su experiencia a esa construcción y de transmitir sus aprendizajes a las nuevas generaciones.

8.2.2.4 Impacto económico de las jubilaciones por invalidez

Como fue mencionado en el apartado dedicado a resultados, para cumplir con este objetivo del trabajo se realizaron dos estimaciones del impacto económico generado por las jubilaciones por invalidez. La primera tuvo en cuenta las erogaciones del Estado provincial en

haber jubulatorios por invalidez a diciembre de 2019 y la otra estimó el costo del reemplazo de los trabajadores jubilados antes de cumplir la edad estipulada.

En diciembre de 2019, el monto total que el Estado neuquino debió erogar en concepto de jubilaciones por invalidez a 530 trabajadores de salud, fue de \$46.879.151 por lo que el costo anual considerando 13 haberes (incluye las dos cuotas del sueldo anual complementario) fue para ese año de \$609.428.963.

El costo salarial total anual del Ministerio de Salud de Neuquén en 2019 fue de 13.128.480.091,68. El costo salarial estimado de 2 897 años de vida laboral perdidos (AVLP), correspondiente a los 530 trabajadores de salud jubilados por invalidez incluidos en este estudio, fue de \$3.331.161.709 (Tabla N° 20). Como fue mencionado, hasta esa fecha, el costo de los años de vida laboral perdidos resultaba equivalentes al 25,4% de la carga salarial total del Ministerio de Salud a los valores del año 2019.

Dicho de otra manera, si consideramos que en promedio el costo salarial por trabajador activo fue para 2019 de \$1.414.250, puede decirse que el Estado neuquino sufragó en sueldos de jubilados por invalidez el equivalente a 430 sueldos de trabajadores activos en 2019.

No es sencillo estimar el impacto presupuestario de esos AVLP en orden a estimar el costo del reemplazo de los trabajadores jubilados ya que en el cálculo debieran incluirse, además del sueldo testigo de nivel 1 como el que fue tomado para esta estimación, la antigüedad de cada agente, el adicional por zona desfavorable cuando se trata de trabajadores con lugar de trabajo en el interior provincial (5% y 8% de acuerdo a la zona), las actividades extraordinarias (guardias activas y pasivas) y los cargos de conducción por cuya cobertura se abonan adicionales, entre otros ítems que incrementan el costo salarial.

De acuerdo a esa estimación, el impacto del reemplazo de 530 agentes, si se hubiesen producido todos los reemplazos el mismo año, hubiese significado para 2019 un monto de \$488.500.368. Ese monto resulta equivalente al 3,72% del costo salarial anual del Ministerio de Salud para 2019.

En suma, pese a las limitaciones que entraña la estimación precisa del impacto económico generado por el retiro anticipado de trabajadores de salud, los guarismos expuestos marcan con claridad que este es un aspecto que no puede subestimarse en tanto genera una erogación que implica necesariamente un costo de oportunidad, que al menos, parcialmente podría evitarse.

8.2.2.5 Jubilaciones por invalidez y lugares de trabajo

En base a información suministrada por la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN) y la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Neuquén, se pudo elaborar la Tabla N° 22.

Al no poderse rescatar información sobre el último lugar de trabajo de los 530 trabajadores jubilados por invalidez no pueden sacarse conclusiones definitivas al respecto, en orden a determinar si existen en la red pública de salud punto especialmente de riesgo. Pese a ello, al comparar la distribución de la planta de personal de Salud Pública por establecimiento a diciembre de 2019, con la de los trabajadores jubilados por invalidez según el último lugar donde prestaron funciones, se advierte que existe correspondencia con la distribución porcentual por hospital y zona sanitaria.

Debe advertirse, sin embargo, que, al analizar el historial de cada trabajador, en los casos en los que fue posible acceder a la información, se verifica que un porcentaje significativo (51,8%) registran 10 años o menos en el último destino (ver anexo digital 4). Los cambios de funciones o lugares de trabajo son parte del largo proceso que en algunos casos como los estudiados culminan con la terminación prematura de la vida laboral.

8.2.3 Resultados de la fase 3 (Análisis de los dictámenes de juntas médicas)

8.2.3.1 Sobre los dictámenes de juntas médicas

Los dictámenes de juntas médicas son instrumentos empleados para dejar constancia de las causas que provocaron la incapacidad laborativa del trabajador que deben ajustarse a lo normado en el Decreto 478/98 como ya fue consignado.

Más allá de esas premisas que buscan ajustarse a los imperativos legales vigentes, estos instrumentos podrían ser una fuente de información epidemiológica considerando que se elaboran en un momento de la historia del trabajador cercana al final de su trayecto laboral.

Al analizar los dictámenes que el ISSN puso a disposición para la realización de esta tesis, pudo constatar que los mismos se ajustan a un formato predefinido y cumplen con un protocolo de evaluación ordenado, pero se encuentran pocos detalles de la historia de los padecimientos considerados al establecer los porcentajes de invalidez, especialmente cuando se trata de causas psíquicas. Hay insuficiente registro de las co-morbilidades padecidas por el trabajador, así como de los factores de riesgo físico y/o psíquico a los que el trabajador ha sido expuesto y como ya fue referido, no se expone una mirada analítica respecto de la posible relación del padecimiento con las tareas desplegadas por el agente, sea en función del cumplimiento de su trabajo, o en otra ajena a la relación de dependencia con el Estado.

8.2.3.2 Naturaleza de la invalidez

La categorización empleada por las juntas médicas actuantes no responde a un criterio estricto y bien definido. Como ya se mencionó, para evitarles inconvenientes a los trabajadores emplearon las categorías “físico” y “psico-físico” obviando mencionar algunas situaciones donde la naturaleza de la invalidez se vincula exclusivamente con lo psicológico y/o psiquiátrico.

Respecto del criterio empleado para calificar la naturaleza de la invalidez, llama la atención que las juntas médicas hayan tenido que apelar a la categoría “psico-físico” para incluir problemas de estricta pertenencia a la esfera de lo emocional, con la finalidad de evitar colisionar con los seguros. Eso denota la falta de una mirada integral respecto del proceso salud-enfermedad-cuidado que trasciende el plano de lo indemnizatorio en caso de daño. En efecto, el menosprecio o la falta de consideración de este tipo de problemas estaría perfilando una mirada por parte de los seguros, incluyendo a las aseguradoras de riesgos de trabajo (ART), que debiera ser revisado, no solo en función de reconocer daños a la salud, también en orden a implementar acciones de promoción y prevención integral de la salud del trabajador.

Respecto de los resultados obtenidos en este punto destaca que las causas de invalidez de naturaleza estrictamente físicas son las predominantes solamente en el agrupamiento operativo, denotando la posible ligazón de daño con las tareas desarrolladas por estos trabajadores. En los demás agrupamientos las causas psico-físicas superan a las meramente físicas (Tabla N° 23).

En cuanto a la relación con el nivel de instrucción, la distribución de los casos catalogados como de naturaleza, tanto física como psicofísica, sigue un perfil similar al del grupo en general (Tabla N° 24), es decir, que no se verifican nexos entre el nivel de instrucción y la naturaleza de la invalidez.

8.2.3.3 Relación de la invalidez con el trabajo

Cuando se calcula el porcentaje de invalidez aplicando el decreto 478/98 se busca establecer la incapacidad originada a partir de las patologías que afectan a diferentes aparatos y se expresa en porcentajes de pérdida de la capacidad funcional de los mismos, pero no se exige consignar la relación de ese daño con las probables causas del mismo.

En consecuencia, la relación de la invalidez con el trabajo no aparece en forma explícita en los dictámenes de las juntas médicas intervinientes en el proceso de otorgamiento

de la jubilación. Los protocolos de actuación de las juntas médicas no incluyen el análisis de este aspecto que podría ser de utilidad para contribuir, desde ese punto de observación, en favor de un proceso de mejora continua de los dispositivos de monitoreo y cuidado de la salud del trabajador.

Sin embargo, de la lectura de cada expediente surgen elementos que permiten aproximarnos a estimar esa situación, destacando que en el 24.4% de los casos no pudo descartarse el vínculo entre el proceso de trabajo y la invalidez laboral sufrida por el trabajador. No se aprecian diferencias significativas entre los distintos agrupamientos. Sumando los casos donde no pudo descartarse de plano la relación de la invalidez con el trabajo el porcentaje oscila en el rango entre el 18,8 % y el 30,7%, siendo los técnicos y los asistentes de la salud los que muestran guarismos más altos.

Sin embargo, debe advertirse que al tratarse de un número acotado de casos (123) y no ser este tópico objeto de registro específico como ya se mencionó, será menester profundizar en este análisis en futuras investigaciones.

8.2.3.4 Diagnósticos según clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)

Se analizaron los diagnósticos registrados en los dictámenes de juntas médicas para acercarnos a las causas de invalidez. Vale recordar que para acceder a este tipo de jubilación se requiere llegar a un grado de incapacidad equivalente al menos al 66%. Por esa razón, en muchos de los casos analizados se aprecia que concurre más de un problema de salud para conformar ese porcentaje. Solamente en 32 casos (26,0%) se registró un único diagnóstico como causa de la invalidez con porcentaje de incapacidad de 66% o superior y en todos los casos se otorgó la jubilación por invalidez en la primera instancia de evaluación del caso.

En la Tabla N° 26 se consideraron los diagnósticos registrados codificados según en CIE-10 teniendo en cuenta cinco diagnósticos, aunque en algunos casos se registraron menos y en unos pocos casos más (ver anexo digital 4). Se los agrupó por capítulo de enfermedades tal como está ordenado el CIE-10. De acuerdo al número de registros consignados en los dictámenes de juntas médicas, en ese conjunto el 65,2% corresponden a tres grupos de problemas de salud: enfermedades del sistema circulatorio (81 – 25,0%), trastornos mentales y del comportamiento (65 – 20,1%) y enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conectivo (65 – 20,1%).

Sin embargo, vale mencionar que la incidencia en el cálculo de invalidez de cada uno de esos tres grupos fue diferente. Así, las más frecuentes como primer diagnóstico fueron las del capítulo V – F00-F99 (trastornos mentales y del comportamiento) con 38 casos y un

promedio de incapacidad del 53,8%, luego las del capítulo IX – I00-I99 (enfermedades del sistema circulatorio) con 24 casos y un promedio de incapacidad del 48,0% y después las del capítulo XII – M00-M99 (enfermedades del sistema osteo-muscular) con 10 casos y un promedio de incapacidad del 40,5%.

Estos últimos dos grupos de problemas de salud contribuyen en número de diagnósticos más que el de enfermedades mentales y del comportamiento como segundo o tercer diagnóstico, y aunque inciden con porcentaje menor de incapacidad en el cálculo total su presencia en esas personas les permitió llegar al porcentaje de invalidez exigido por ley (Tabla N° 27).

Por otro lado, parece importante esta disquisición en tanto estas causas son potencialmente más pasibles de ser evitadas como causas de invalidez que otras. Adviértase en este sentido, que en el grupo de personas en las que la junta médica solo consignó un diagnóstico, es decir que por sí solas generaron una incapacidad del 66% o superior, se registraron diagnósticos de más difícil prevención o detección oportuna, tales como neoplasias (aunque algunas de ellas podrían haberse detectado con tamizaje oportuno como las de mama o colon-recto), insuficiencia renal crónica, fibrosis pulmonar, secuela de poliomielitis (que entra en un grupo de problemas que merece otra discusión y se abordará más adelante) o enfermedades neurológicas severas.

En la tabla N° 28 se consignaron los 239 diagnósticos registrados dos o más en los dictámenes, en orden decreciente y de acuerdo al código asignado por la CIE-10 para cada caso. Destaca de esa síntesis que el 10,5% de los diagnósticos consignados dos o más veces corresponden a trastornos depresivos (mayor, recurrente, moderado o severo) con 25 registros.

8.2.3.5 Instancia de resolución para dictaminar invalidez, comorbilidades y factores complementarios

En la Tabla N° 29 se presentaron los 123 casos distribuidos según la instancia de otorgamiento de la jubilación por invalidez, según el agrupamiento al cual pertenecen los trabajadores.

El análisis de los expedientes de los 123 dictámenes disponibles de juntas médicas, muestra que 92 casos (74,8%) fueron resueltos en la primera instancia de evaluación. Entre ellos se encuentran los 32 casos mencionados que contaban con un solo registro que dada su gravedad por sí mismos justificaban la resolución favorable del caso.

Surge al evaluar los expedientes que contienen los dictámenes en los que fue necesaria una segunda evaluación para alcanzar el mínimo de 66% de invalidez que en todos

los casos hay más de un diagnóstico en juego. Resulta evidente que esos trabajadores ya han tenido adecuaciones de tareas que implican cambios de lugares de trabajo, de funciones y/o de horarios sin que se modificara su percepción respecto de su estado de salud. Sumado a ello el lapso que media entre las distintas instancias de evaluación que hace que en muchos casos la evolución del problema se profundice, podría explicar las diferencias entre un dictamen y otro.

Dos terceras partes del grupo que requirió una segunda o tercera instancia de evaluación registran factores complementarios (edad y/o nivel e instrucción) que sumaron pequeños porcentajes (entre 3-5%) para llegar al mínimo exigido¹⁷.

Por otra parte, un tercio de ellos sumaba a los diagnósticos principales entre una y cinco comorbilidades que en algunos casos fueron consideradas para incrementar el porcentaje de invalidez.

La jubilación por invalidez como se mencionará más adelante, es en definitiva, la consecuencia de un largo proceso con distintas estaciones que se mostraron inefectivas para evitar este desenlace.

8.2.4 Los dispositivos de monitoreo y cuidado de la salud de los trabajadores

Rescatando principios rectores de la salud colectiva, resulta evidente que el enfoque que asume en cada momento la medicina del trabajo genera un impacto en la salud individual y colectiva. Así, vale descifrar si la medicina se acerca o se aleja de la idea de centrar su preocupación en la persona en tanto sujeto de derechos y ser social, en contraposición con el objetivo de enfocar en el resultado del esfuerzo, es decir del producto del trabajo, antes que en el trabajador.

Indagar sobre el alcance y el funcionamiento de los servicios dedicados a la medicina del trabajo permite vislumbrar si se acercan o se alejan de asumir, en nuestro caso al trabajador de salud, como instrumento o máquina irracional que se limita a aplicar una técnica dada en un contexto determinado, o se lo considera como artesano en tanto ser deseoso de

¹⁷ **Factores complementarios.** Están previstos en el Decreto 478/98 con el siguiente texto: “La incapacidad laborativa, concepto médico especializado, se refiere a la disminución de la capacidad funcional laborativa originada por una enfermedad física y/o psíquica. El concepto de invalidez excede los límites de la incapacidad física, psíquica o psicofísica, puesto que a ésta se le combinan los coeficientes de ponderación conforme el nivel de educación formal y la edad que tengan las personas... Edad cronológica 51-55 años 5% 56-60 años 7,5% 61 o más años 10% Nivel de educación formal Universitario 2,5% Secundario 5% Primario 7,5% Analfabeto 10% Los porcentajes consignados se combinarán con el porcentaje de incapacidad y luego se sumarán aritméticamente a la misma. Surgiendo de ello el grado de invalidez de las personas. No se utilizarán cuando la patología alcance un porcentaje igual o superior al 66%.”.

realizar bien su tarea, enfrentando conflictos para alcanzar la excelencia, conjugando prácticas corporales con el poder de la imaginación (Sennet, 2018).

En este sentido el espíritu normativo es claro en sus enunciados. En efecto, la ley N° 19487 de higiene y seguridad en el trabajo establece que se consideran básicos los servicios de higiene y seguridad en el trabajo y de medicina del trabajo tanto con funciones preventivas como asistenciales. Por su parte de Decreto N° 1338 de 1996 establece la obligatoriedad para los empleadores de contar en los establecimientos con esos servicios, determinando que el de medicina del trabajo “tiene como misión fundamental promover y mantener el más alto nivel de salud de los trabajadores”, mientras que el de higiene y seguridad tiene la misión de “implementar la política fijada por el establecimiento en la materia, tendiente a determinar, promover y mantener adecuadas condiciones ambientales en los lugares de trabajo, debiendo registrar las acciones destinadas a cumplir con esas políticas” (Superintendencia de Riesgos de Trabajo, 2015).

La Resolución N° 905/2015 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, establece las funciones que ambos servicios deben cumplir en los lugares de trabajo. Entre ellas figuran las de asesorar al empleador en la definición de la política del establecimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo, identificar y analizar los factores del ambiente de trabajo que puedan afectar la salud de los trabajadores para prevenir todo daño a la salud psicofísica de los trabajadores por las condiciones de su trabajo y elaborar un mapa de riesgos que debe contemplar la evaluación de los riesgos de accidentes y de agentes causantes de enfermedades profesionales en los puestos de trabajo y en función de ello proponer tanto las medidas correctivas y preventivas a realizarse, como los elementos de protección personal necesarios según la legislación vigente.

Los servicios deben verificar y registrar las acciones que lleva a cabo la A.R.T. tales como los exámenes médicos periódicos y prestaciones médicas que se efectúen a los trabajadores, visitas según programas o planes de focalización, visitas y otras tareas programadas por la A.R.T. en su programación anual en materia de prevención. Se espera que esos servicios declarados esenciales por la ley, registren los accidentes de trabajo, la ocurrencia de enfermedades profesionales y evalúen el ausentismo analizando sus causas y la posible relación con las tareas.

También la norma indica que esos servicios deben analizar y evaluar las alternativas de readaptación del puesto de trabajo o cambio de tarea, para aquellos trabajadores con problemas de salud de naturaleza inculpable, y analizar y evaluar, las alternativas de readaptación del puesto de trabajo.

Finalmente apuntamos, aunque la Resolución 902/2015 incluye más tópicos, que es función de ambos servicios promover la conformación del Comité Mixto de Higiene y Seguridad en el Trabajo de carácter paritario y la implementación de un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

El conjunto de directivas escuetamente resumidas antes, se alinea con la propuesta denominada Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) o *workplace health promotion* (WHP) en su denominación en inglés, impulsada desde 1998 por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1998, pág.1). La PSLT es asumida como el proceso integral y sistemático que sobre la base de una política responsable y comprometida socialmente, establece un conjunto de acciones tendentes a crear condiciones para lograr una praxis que contribuya a fomentar valores positivos de la salud en los trabajadores, caracterizada además por su apertura a la participación, a la intersectorialidad y a la multidisciplinariedad, que involucran múltiples acciones sociales contextualizadas, de manera que permita a los trabajadores incrementar el control sobre su salud para mejorar su calidad de vida, armonizando el proyecto de vida personal con el de la organización.

Frente a las funciones que, establecidas en la norma vigente y el encuadre de la PSLT, los responsables de los dispositivos dedicados a medicina del trabajo en los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud de Neuquén, han dado cuenta de las limitaciones que tienen para poder cumplir con este cometido. Discutimos los resultados del cuestionario propuesto siguiendo la misma secuencia ahí planteada.

8.2.4.1 Sobre el ingreso de trabajadores al sistema de salud

Los ingresantes al Sistema Público Provincial de Salud (SPPS) son evaluados completando un “examen pre-ocupacional” que incluye examen físico completo, laboratorio básico de ley al que se agregaron estudios serológicos para detección de infecciones por hepatitis B y C y sífilis, ECG, radiografía de tórax frente y de columna lumbo-sacra (frente y perfil). La información recolectada se vuelca en una planilla de examen pre-ocupacional que queda archivada en cada establecimiento, aunque aún no se ha implementado en Neuquén el “Registro Digital Único de Legajos de Salud” que establece el artículo 5° de la Resolución N° 905/2015 “que se integrará con la información suministrada por los Servicios de Medicina del Trabajo de los establecimientos y las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART)” (Superintendencia de Riesgos de Trabajo, 2015).

Si bien los aspectos vinculados con los problemas de orden físico están parcialmente cubiertos, destaca la ausencia de evaluación psicológica (psico-diagnóstico) y especialmente

evaluaciones específicas orientadas a cada puesto de trabajo, en algunos casos siendo necesario incluir estudios orientados a la detección de problemas que podrían afectar el desempeño de determinadas funciones, tales como epilepsias, hipoacusias, adicciones, solo por citar pocos ejemplos. Tanto esos, como otros estudios complementarios, ya incluidos en el protocolo pre-ocupacional debieran contar con un informe firmado por profesional.

No se realizan evaluaciones previas a la promoción de algún agente a otra función. Esto resulta especialmente aplicable en caso de asumir cargos de coordinación o conducción, donde la evaluación actitudinal y de perfil psicológico redundaría en la asignación de áreas a personas aptas para ello.

La instancia de evaluación pre-ocupacional en la práctica concreta del SPPS no constituye un mecanismo para limitar el ingreso. Antes bien pareciera que se cumple con esta evaluación como un trámite formal, con lo cual no debiera sorprender que aparezcan en el transcurso de la vida laboral del trabajador problemas de salud psico-física incompatibles con la función para la cual fue contratado. El pobre registro de estas situaciones priva a los establecimientos de vertebrar estrategias de adecuación a los puestos de trabajo y de establecer planes de seguimiento personalizado.

8.2.4.2 Sobre el cuidado y monitoreo de la salud del trabajador de salud en actividad

El SPPS no cuenta con un plan dedicado a la seguridad y salud del trabajador, más allá de algunas iniciativas aisladas que encuentran limitaciones por falta de personal dedicado a esta tarea, ya que los equipos dedicados a medicina del trabajo son pocos, ubicados en hospitales cabecera de zona o directamente en la jefatura de zona sanitaria, y francamente incompletos en cuanto a su conformación, recayendo la responsabilidad de las acciones en pocos médicos laborales sin aportes de otras disciplinas.

Al no contar con un plan o política específica sobre cuidado de la salud del trabajador, esos pocos profesionales no cuentan con directivas que establezcan líneas de acción priorizadas aunque en algún caso se registran iniciativas aisladas que incluyen: disposición de consultorio de Medicina del Trabajo a demanda, recorridas periódicas con el servicio de Seguridad e Higiene zonal de los puesto de trabajo, realización de mapas de riesgo por puesto de trabajo y establecimiento y consultorio de seguimiento de ausentismo laboral. Sin embargo, no pueden considerarse esas acciones aisladas como parte del plan integral que promueve la iniciativa PLST antes mencionada.

Si bien se realizan “exámenes periódicos” que están a cargo de la ART contratada por el gobierno provincial o empresas subcontratadas. La provincia nunca intentó conformar un

departamento que se ocupara de esta cuestión a modo de auto-aseguramiento que está previsto en la norma legal. Los “exámenes periódicos” no son estrictamente anuales tal como lo establece el Anexo II de la Resolución 37/2010 de la SRT (**anexo 7**), para el caso de trabajadores expuestos a riesgos biológicos o por falta de ergonomía. Además, no se adecuan al puesto de trabajo, son incompletos, y no se corresponden con los mapas de riesgo y a los distintos riesgos a los que los trabajadores están expuestos.

Los protocolos aplicados para este monitoreo no responden a un plan diseñado por la conducción del SPPS y han sufrido cambios coincidentes con los cambios de contratos con distintas ART. Los registros resultantes de esos protocolos en algunos casos quedan archivados en la historia clínica laboral de cada trabajador, aunque no todos los hospitales disponen de ella, justamente al no contar con servicio, propio o zonal, de medicina Laboral que se ocupe de la cuestión.

El vínculo con la ART es muy débil o inexistente. Los médicos laborales y en algunos casos las oficinas de personal de cada hospital se limitan a colaborar con la logística de los exámenes periódicos o el análisis de algún caso puntual, pero no existe una articulación ni tampoco instancias de supervisión que den cuenta de las exigencias establecidas en la Resolución 905/2015.

No existe una sistemática de registro e investigación, ni local ni provincial, relacionada con las causales de ausentismo, sea por enfermedades de corto o de largo tratamiento. Las respuestas dadas por los médicos consultados son estimaciones de acuerdo a la experiencia en terreno de cada uno de ellos y si bien coinciden respecto de las principales causas de las dos categorías de ausentismo respecto de las que fueron consultados, sus observaciones no resultan de un trabajo sistemático de registro y análisis. Por esa misma razón, tampoco resultan insumos para el diseño de planes de actuación en el campo de la salud laboral.

Respecto de las jubilaciones por invalidez, ítem sobre el cual fueron consultados en forma específica, confirman que no existe un registro, ni hospitalario ni tampoco un consolidado a nivel provincial, que den cuenta de las principales causas que dan origen al inicio de gestión de jubilaciones de este tipo. Como ya se ha mencionado este tipo de gestión es iniciada por el propio trabajador ante el ISSN sin que pase previamente por el servicio de medicina laboral que por su lugar de trabajo le correspondería. Esta disociación opera también como una limitación a la hora de revisar esas causales a fin de recuperar elementos útiles en función de diseñar un plan integral de cuidado.

Pese a lo expuesto mencionan dos grupos de causas como las principales. Por un lado, las de orden traumatológico, especialmente presentes en los sectores operativos y relacionados con tareas que implican esfuerzo físico, movimientos reiterativos o posturas no

ergonómicas. En estos casos se hace evidente la falta de supervisión y revisión de procesos de trabajo, así como la falta de capacitación específica en orden a prevenir problemas de salud por el incorrecto uso del cuerpo o de los elementos y herramientas de trabajo.

Por otro lado, se mencionan las causas vinculadas con problemas psicológicos y/o psiquiátricos, refiriendo que en algunos casos son producto de la impericia de las conducciones para evitar el maltrato, las actitudes intolerantes y/o el manejo arbitrario del poder. También demuestra la incapacidad para establecer espacios de participación y diálogo, que en muchos casos se suman a cierta rigidez del sistema para promocionar el crecimiento individual y profesional mediante capacitaciones orientadas, carrera profesional y concursos.

Habida cuenta de los comentarios anteriores, se concluye que el SPPS cuenta con dispositivos orientados al monitoreo y cuidado de la salud de los trabajadores endebles por falta de un lineamiento político definido que priorice esta cuestión. Esa postura se traduce en la conformación de equipos de trabajo insuficientes en cantidad, e incompletos en cuanto a la integración de disciplinas que debieran aportar en el marco de un abordaje integral tal como se propicia en las normas argentinas vigentes y en las recomendaciones de organismos internacionales abocados a la materia.

8.3 Aspectos teóricos en el contexto de la investigación

En este apartado, algunas de las ideas fuerza que iluminan esta tesis son recuperadas desde el marco teórico y de algunos textos rescatados al elaborar el estado del arte, para contrastarlos con la realidad observada en el particular escenario en el que se gestó este estudio.

Agrupamos estos apuntes proponiendo una exposición que va desde lo general a lo particular y desde una mirada más teórica a una de mayor aplicabilidad que dará lugar al último capítulo de este trabajo.

8.3.1 Salud y trabajo en el escenario neuquino

Determinación social de la salud y motivación de los integrantes del equipo de salud

El pensamiento que inspira a la Medicina Social latinoamericana, que se rescata en la elaboración de esta tesis, ha expresado con contundencia que la determinación social de la salud es mucho más que una suma de determinantes sociales de la salud. Esa determinación social se gesta en particulares trayectos históricos que vertebran lógicas de acumulación y propiedad que generan desigualdad, generando el telón de fondo desde el cual emergen

determinantes sociales, pero cuyo abordaje en forma aislada, no es esperable que produzcan los necesarios cambios del sistema mismo.

De ahí la relevancia de introducir en el análisis de la salud del trabajador de la salud la perspectiva de los agrupamientos de trabajadores, como muestra de la heterogénea composición de una sociedad, que como la neuquina, además de diferentes orígenes históricos, sociales y culturales, muestra un gran abanico también desde lo étnico y desde la misma procedencia territorial de sus integrantes.

En su monumental obra *Historia General del Trabajo*, Louis-Henri Parias, al destacar la centralidad del trabajo en la vida humana, plantea que desde sus orígenes, el trabajo es la base organizativa de todo orden social, de modo que cualquier cambio en el orden laboral impacta en la en la estructura global de la existencia humana. Por otro lado sostiene que el trabajo crea una jerarquía social, ya que al describir la diversidad de ocupaciones humanas surge quien recoge, quien crea y fabrica una herramienta y quien la usa. Esas primeras diferencias dan lugar a distintas condiciones de trabajo y a su vez a diferentes vínculos entre las personas (López Oneto, 2016).

Efectivamente, el lugar que ocupó el trabajo en la vida de las personas y la consideración que se tiene de éste en los distintos momentos de la historia de la humanidad ha ido mutando. Aún con esos cambios, las actividades como las propias del campo de la salud, dependen más del “trabajo vivo en acto” al decir de Mehry, que del equipamiento tecnológico que se ha ido multiplicando y sofisticando.

Por esa razón los resultados de los quipos de salud dependen, en gran medida, de la capacidad que logran desplegar para combinar saberes científicos y normalizados (modelos industriales) con destrezas y habilidades resultantes de la tarea artesanal (modelo artesanal) (Spinelli, 2018). En efecto, la complejidad del campo de estudio se caracteriza por la convivencia de trabajadores con diferentes miradas y lógicas respecto del proceso de trabajo que deben vincularse entre sí buscando un resultado. Para ello se conforma un entramado complejo que incluye oficios y profesiones muy diversas y que a su vez terminan en ese campo como resultado de motivaciones disímiles.

Algunos de los médicos laborales consultados han manifestado que detrás de muchos certificados de salud es posible vislumbrar cierta sensación de insatisfacción con el trabajo. Esa falta de identificación con la tarea, pero más profundamente con el propio oficio de ser trabajador de salud, podría explicar, al menos en algunos casos, el inicio de un proceso que culmina con disfunciones de distinto tipo.

Efectivamente las motivaciones para ingresar al sistema de salud pueden ser distintas, y a su vez esas diferencias tienen que ver con los trayectos personales de quienes terminan

integrando los equipos. Desde motivaciones surgidas desde la primaria necesidad de superar la ausencia de trabajo, pasando por la expectativa de los sujetos de realizarse profesional y económicamente, hasta la ilusión de constituirse en engranajes de organizaciones que resulten factores sociales de cambios profundos, el abanico resulta polifacético.

En la larga historia de la actividad humana y en su incesante lucha por sobrevivir con dignidad y felicidad social, el mundo del trabajo ha sido vital. Aldo Isuani al referirse a la importancia del trabajo como factor de inclusión social, rescata que “la autoestima, elemento esencial para una vida digna, se erosiona ante la ausencia de una actividad laboral porque esta es la forma predominante de adquirir reconocimiento frente a los otros” (Isuani, 2021). Es a través del acto laboral, que Marx denominó “actividad vital”, que los individuos, hombres y mujeres, se distinguen de los animales (Zen & Sgarbi, 2018). Pero, en contraposición, cuando la vida humana se reduce exclusivamente al trabajo, frecuentemente se convierte en un esfuerzo penoso, alienante, aprisionando a los individuos de modo unilateral. Para nuestro caso, se concluye que solo el conseguir trabajo no es garantía ni de equilibrio emocional para la persona ni de fortaleza sustentable para la institución.

Para consolidar una organización potente al servicio de la Salud Colectiva no alcanzaría con reunir un grupo de personas ávidas por realizarse profesionalmente desplegando esfuerzos parcelares, que como advierte Campos, producen alienación, como tampoco un conjunto aislado de trabajadores mesiánicos.

Esas disonancias de origen no necesariamente deben decantar en instituciones disfuncionales generadoras de daño a la salud psíquica y/o física del trabajador. Campos sostiene que “el trabajo en salud para ser eficaz y dar soluciones a los problemas, dependerá de cierto coeficiente de autonomía de los agentes responsables”, para lo cual sugiere “combinar distintas cuotas de autonomía y de responsabilidad atribuidas a los trabajadores de salud” (Campos, 2001, p. 107). En este sentido Campos plantea que es necesario restaurar la ligazón de los trabajadores con la obra, entendida ésta como el reconocimiento, tanto por parte del trabajador como del paciente y de la sociedad, del resultado del trabajo, estimulando la libertad creadora y valorizando el orgullo profesional. Con participación democrática en la gestión y trabajo clínico basado en el fuerte vínculo entre trabajadores de salud y pacientes, alienta Campos, es posible organizar servicios donde al mismo tiempo haya autonomía profesional y conciencia de cada uno de las atribuciones que son esperadas de cada quien (Campos, 2001, pp. 106 - 110),

De esta forma la disparidad motivacional de origen puede encontrar un cauce común, que alinea intereses en favor de la Salud Colectiva y al mismo tiempo genera ámbitos

saludables para el desarrollo personal y grupal, fortaleciendo la identificación con la institución, incrementado el sentido de pertenencia.

Las nuevas morfologías del trabajo y su impacto en los equipos de salud

Cuando en el mundo se agotaba la etapa keynesiana alumbró el neoliberalismo surgiendo en el campo del trabajo nuevas formas intentando sustituir al clásico taylorismo-fordismo. Sostiene Neffa que el análisis de las diversas alternativas propuestas muestra que las mismas no están exentas de contradicciones que las limitan. Es así como a mediano plazo, las medidas de políticas neoliberales que pusieron el acento en la flexibilidad laboral defensiva (desregulación social, estímulo de la competencia en el mercado de trabajo), y en la reducción de los costos salariales directos e indirectos, no solamente no sirvieron para obtener buenos resultados macroeconómicos (Neffa, 1999), sino que trajeron consigo hacia el fin de siglo profundas transformaciones en el mundo del trabajo, que flexibilización y precarización laboral mediante, instalaron el temor del desempleo y la exclusión social (Antunes, 2007).

Esos cambios tuvieron su correlato en el campo de la salud. Se verifican al constatar el crecimiento de modalidades de tercerización, especialmente en áreas consideradas no esenciales para la misión institucional como son los servicios generales de limpieza, alimentación, lavandería, mantenimiento y transporte. La flexibilización y precarización laboral que desprotege a los trabajadores, descripta como propia de las actividades industriales, también aparece así en los sectores terciarios. El cuadro se complejiza con la convivencia de trabajadores con diferentes formas de vínculo laboral y de remuneración para tareas similares, a lo que se suma la doble dependencia administrativa y funcional que provoca, no en pocos casos, dificultades operativas y de gestión que reducen efectividad.

Como afirma Victoria Basualdo, la tercerización modifica la relación entre un empleador y un colectivo laboral, introduciendo un tercero en la ecuación, a quien se le delega parte de las tareas antes a cargo de la empresa principal (Basualdo, 2016). Por esa razón consideramos que es válido tener en cuenta dos elementos más en esta discusión respecto de estas nuevas formas de trabajo en el campo de la salud. Por un lado, ante ese panorama de incertidumbre conseguir un empleo estatal, y en particular en el sector salud, aparece como un objetivo de seguridad y estabilidad, que no siempre compatibiliza con los objetivos de reclutamiento que podría proponerse el propio sistema de salud.

Por otro, la tercerización genera un grupo de trabajadores de salud de diferente categoría y con disímiles derechos. En efecto, se trata de un grupo de trabajadores, creciente en número, que se escapan del radar de los dispositivos de cuidado de la salud con los que los hospitales cuentan.

Obsérvese que en 1971 el SPPS contaba con 871 agentes en total, de los cuales el 24,9% era personal operativo y el 19,3% profesionales. La planta de salud en el transcurso de los 50 años del “plan de salud” se incrementó un 966% llegando a 2019 a los 9 283 trabajadores. La composición de la planta cambió significativamente, solamente el 7,8% son operativos y los profesionales reúnen el 35,9% de la planta total (ver Tabla N° 1). No es que haya menos trabajadores operativos, sino que no se contabilizan en la planta de personal simplemente porque dependen de otros empleadores y el propio SPPS desconoce que ocurre con su salud y por lo tanto, tampoco opera activamente para protegerlos.

Derechos laborales, sindicalización y contexto de conflictividad en Neuquén

Se mencionaron antecedentes de Neuquén en la construcción de un perfil caracterizado por ser un territorio de incesante lucha por la defensa de derechos. Especialmente a partir del período democrático que se inicia en diciembre de 1983, Neuquén aparece como una provincia en la cual en distintos momentos la conflictividad gremial y social es parte del paisaje. Es en este sentido que Fernando Aiziczon refiere que Neuquén sobresale en el escenario nacional por sus altos y persistentes niveles de conflictividad social surgidos como respuesta y señal de resistencia ante los embates del neoliberalismo, que el colectivo entendía que cercenaban derechos.

En salud, la modificación en la gestión de los servicios públicos neuquinos a partir de la década de 1990 generó conflictos en el interior de las instituciones estatales, debido al contraste con los principios que habían sido reivindicados durante toda su historia, esto es la universalidad y la gratuidad de los servicios, en los que el Estado tenía un rol central como planificador y articulador. “El conflicto sindical en los ámbitos estatales de trabajo no sólo implica la disputa entre empleadores y empleados por las condiciones laborales del sector, sino que allí también se pone en discusión el desarrollo de la política pública” (Beliera, 2019, p. 246).

Como menciona Aiziczon, los cambios en el mundo del trabajo con la emergencia de la desocupación de grandes grupos de trabajadores que traen con sus reclamos nuevas formas de expresión, obligaron a los sindicatos a redefinir su composición incorporando a los trabajadores desocupados y desamparados por sus organizaciones originales y a adoptar nuevos formatos de protesta que estos colectivos traen. La combinación de sindicatos del sector público, con ATE y ATEN (Trabajadores de la Educación) asumiendo la resistencia, y acompañando a estas otras expresiones surgidas por efecto de las políticas de exclusión, alimentaron ese perfil combativo que caracteriza al Neuquén de finales del siglo XX y comienzos del XXI. En el sector salud asumirá como bandera la conquista de una ley de

carrera sanitaria y más tarde, la de un convenio colectivo de trabajo (Aiziczon, 2008a). En suma, vale destacar que en Neuquén se consolida una postura activa de los trabajadores y sus representantes gremiales, que excede las cuestiones meramente salariales y ponen en agenda temas que impactan directa o indirectamente en la salud del trabajador.

Por esa razón, más allá del rol que ocupan los sindicatos en la vida política y social de Neuquén, rescatamos la importancia que los mismos tienen en ese sentido. Aparece entonces el vínculo con el tema central de esta tesis, al considerar el rol de los sindicatos en el sector de salud de Neuquén, que Anabel Beliera describe como ámbitos de articulación, de sociabilidad, de politicidad, de afectividad, de identidad profesional y pertenencia. Beliera conceptualiza al sindicato como un “punto de encuentro de cosas que no estaban (necesariamente) articuladas de manera previa y que al juntarse provocaban nuevas narrativas... como una organización que permitía revertir parcialmente las jerarquías laborales, como un lugar donde construir prestigio y respetabilidad” (Beliera, 2017, pp. 332-333). Este enfoque adquiere especial importancia en función de propender a configurar espacios de intercambio de experiencias, de monitoreo sostenido y de gestión participativa, en favor del cuidado de la salud de los trabajadores.

Beliera también apunta en su trabajo, que refiere a lo sindical tomando como ámbito de estudio el Hospital Provincial Neuquén, que en ese espacio en salud, “los colectivos de trabajadores no son homogéneos sino que se constituyen a partir de múltiples sistemas de auto-clasificación que segmentan diversos grupos en un proceso abierto y conflictivo” (Beliera, 2019, p. 240). Aunque en los momentos de huelga o conflicto puedan mostrarse de manera articulada, no es menos importante analizar la convivencia en el sector salud de grupos que mantienen múltiples disputas y tensiones que afloran también en momentos de negociación de distinta índole (Beliera, 2019). Sirva este apunte para advertir respecto de los actores que deben ser convocados a potenciales espacios de gestión participativa.

8.3.2 Trabajar en salud

El trabajo vivo en acto, las tecnologías blandas y el manejo del poder

Emerson Merhy sostiene que el trabajo vivo en acto transcurre en el momento del acto productivo en el cual el trabajador despliega su máximo potencial creativo y de libertad, aunque ésta acotada por las etapas previas, en las cuales hay o “trabajo muerto”, o una combinación de ambos.

El trabajo en salud es un buen ejemplo de un proceso protagonizado por sujetos que pueden desplegar su creatividad aprovechando los márgenes de libertad que la propia

actividad otorga, de ahí que no pueda ser desvinculado del trabajador que lo ejecuta ya que el acto de producción y el acto de consumo ocurren al mismo tiempo. Esta particularidad del proceso de trabajo de los trabajadores de la salud pone un límite a la captura del trabajo muerto por el trabajo vivo que nunca puede ser total (Merhy, 2006).

Este autor, por su parte, clasifica a los medios de trabajo, o tecnologías que operan durante el proceso de trabajo, en duras, duras-blandas y blandas. Estas últimas devienen en esenciales para trabajar con un objeto de trabajo que es a la vez sujeto, y que en su condición de tal, participa activamente en una instancia de intercambio con el trabajador. Las tecnologías blandas se construyen en el proceso intersubjetivo que es la producción del cuidado, a través de los espacios de diálogo en un escenario vincular que tiene la singularidad irrepetible de cada encuentro. El aprovechamiento de las tecnologías blandas, otorga un amplio margen de libertad en la acción a los trabajadores de salud.

Si bien Henry Mintzberg cuando se refiere a la burocracias profesionales habla de una pirámide invertida para poner de manifiesto la amplia autonomía de la base, y sostener a su vez, que el hospital es una de las organizaciones más democráticas (Mintzberg, 2000), al interior del hospital, esa base, que goza de autonomía en la acción, aparece como una trama compleja de relaciones asimétricas.

El saber biomédico es el que domina la burocracia profesional y establece una división técnica y social del proceso de trabajo. El ejercicio del poder, fruto de la capacidad de manejo autónomo de los trabajadores, no es simétrico, y de hecho, aun teniendo un peso proporcional mayor, otras profesiones como enfermería, tienen una cuota de poder sustancialmente menor. Estos últimos se encuentran más ligados a la vida hospitalaria y tienden a sentir mayor pertenencia a la organización que los profesionales que se caracterizan por tener más identificación con su profesión que con la organización donde la practican, especialmente cuando su vínculo no es de dedicación exclusiva.

La circulación del poder, su distribución y el rol de los distintos actores, ha de considerarse al repensar el diseño y el funcionamiento de espacios de gestión participativa tanto en lo referido a la convocatoria de los distintos actores, cuanto a la particular mirada de cada sector respecto de los procesos de trabajo y los vínculos al interior de los equipos de salud.

La co-producción de valores de uso y el método Paideia

Apuntamos en el marco teórico que Gastão Wagner de Sousa Campos sostiene que las instituciones de salud existen para producir valores de uso y la realización personal de los trabajadores (Campos, 2009). Con este enfoque se asume que “la realización personal de los

trabajadores pasa a ser también un objetivo de la institución y no simplemente un medio para aumentar la producción” (Onocko Campos, 2008).

Campos sostiene que “los trabajadores de salud son el producto del sistema de las relaciones en que están sumergidos, pero al mismo tiempo productores de este mismo sistema” (Campos, 2001, p. 115). Son sujeto y objeto en el mismo momento y durante todo el tiempo, tanto en el ejercicio del oficio de ofrecer prácticas de cuidado, como en el de gestionar las organizaciones.

El trabajo en salud, que requiere un conocimiento previo entre trabajadores y usuarios, se alimenta de vínculos afectivos sobre los cuales se fundan las prácticas del cuidado. Campos insiste en que trabajar en salud no es solo producir servicios objetivos, sino que producen una subjetividad de otro tipo entre los propios trabajadores, especialmente cuando se logra evitar lo que él llama “esterilización de la salud pública”, esto es cuando el objeto de trabajo es una “población” innominada, sin historia o culturas singulares.

Fue mencionado en el marco teórico que a partir de pergeñar un estudio sobre el trabajo en equipo, Gastão Wagner de Sousa Campos propone un método para analizar y gerenciar personas que trabajan en conjunto. El método Paideia, siendo éste una noción clásica de la democracia ateniense que alude a la formación integral del ser humano.

Rescatamos la noción del trabajo en salud como artesanal, y tal como propone Sennett, recuperamos la idea de que en ese contexto artesanal el proceso de producción se integra el pensar y el sentir en una suerte de alquimia de imaginación y prácticas corporales. El artesano representa la condición específicamente humana del compromiso que se adquiere mediante la práctica, pero no necesariamente instrumental (Sennet, 2018, p. 32).

Considerando las peculiaridades de trabajar en salud, Campos plantea que en el campo de la salud se verifica la producción simultánea de valores de uso y la constitución de sujetos e instituciones, es decir que el proceso de producción de valores de uso, sean estos bienes o servicios, da lugar al mismo tiempo, a la producción del sujeto protagonista y el colectivo al que pertenece. Existen relaciones ocultas entre la actividad productiva y la propia constitución del sujeto individual y de las instituciones. Se plantea entonces el desafío de repensar la gestión y la planificación con un doble propósito. El primario, la producción de cosas (bienes o servicios), y un segundo, relacionado con la constitución de personas y colectivos organizados. A esa dimensión de la tarea productiva Campos la denomina “función Paideia” y es la base para construir un método que simultáneamente, analiza y lidia, con la producción de cosas y personas (Campos, 2009).

Cuando se revisan los resultados que arroja el estudio de campo de esta investigación, queda claro que el objeto de estudio jubilaciones por invalidez es el final de un trayecto muchas veces tortuoso, jalonado por estaciones que generaron señales que no pudieron ser decodificadas para operar sobre las mismas a fin de propiciar espacios que den cuenta de aquella doble función mencionada. Por esa razón, y adelantando las conclusiones, una de las propuestas que deja este estudio tomando la idea central de Campos, es la de generar espacios democráticos tomando el método Paideia, o de la rueda, como una forma de operacionalizar la co-gestión.

El ejercicio de co-gobierno que depende de la producción simultánea de espacios colectivos cumpliría tres funciones, una clásica, de planificar y administrar procesos de trabajo, una de carácter político, que Campos menciona como de co-gestión y una pedagógica y terapéutica, donde los mismos procesos de gestión influyen en la constitución de sujetos.

Es ésta última dimensión la que se rescata como inspiradora de este trabajo y que se denomina factor Paideia, donde los espacios colectivos se convierten en lugares de participación activa, de reflexión crítica, de producción de bienes y servicios, pero también de construcción de subjetividad individual y grupal. Es un enfoque que se inscribe en lo que podría catalogarse como de prevención primaria, en el sentido de propender a la promoción de la salud integral de los trabajadores de salud.

Monitoreo activo de la salud de los trabajadores

Rescatamos del marco teórico, por su aplicabilidad concreta en la gestión de la red pública de salud, la mirada de Julio César Neffa sobre los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST), enfoque que en este caso podría catalogarse como de prevención secundaria en la tradición de la estrategia de la atención primaria de la salud.

Siguiendo a Michel Gollac, Neffa propone considerar los siguientes ejes que vertebran ese conjunto de riesgos: la intensidad del trabajo y del tiempo de trabajo, las demandas emocionales, la autonomía insuficiente, la mala calidad de las relaciones sociales en el trabajo, los conflictos de valores y la inseguridad de la situación laboral (Neffa, 2018, pp. 490-501).

Cada uno de esos ejes fue sucintamente desarrollado en el marco teórico, pero vale aquí resaltar que la importancia de incluirlos en un menú de monitoreo sostenido se basa en la convicción de que cuando los trabajadores están sometidos en forma persistente a los factores de riesgo psicosociales mencionados, luego de somatizarlos, estos dan lugar a severas patologías que impactan sobre el cuerpo humano y sus emociones. A pesar de que con frecuencia se han naturalizado muchas de las enfermedades resultado de la exposición

a los RPST, atribuyéndolas en parte a la herencia genética, los antecedentes familiares o a problemas no relacionados con la vida laboral, existe consenso en el mundo respecto de que el trabajo no es patógeno, ni es en esencia sinónimo de riesgo, sino que son las CyMAT y los RPST derivados del contenido y la organización del proceso de trabajo los que están en el origen de los problemas de salud en sus dimensiones físicas, biológicas, psíquicas y mentales (Neffa, 2015a).

Ante la existencia de esos RPST vale apuntar que la prevención es posible, pero se requiere del diseño y ejecución de un plan preventivo integral que busque sostener buenos niveles de salud de los trabajadores. Ese encuadre debiera contemplar la vigilancia de los seis ejes que menciona Julio César Neffa que resultan de los estudios epidemiológicos que surgen como parte del tercer momento en el abordaje de la temática vinculada con la relación entre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores.

El índice de capacidad para el trabajo (ICT) es un instrumento que podría ser aplicado con objetivos preventivos y especialmente predictivos, para detectar trabajadores en riesgo de culminar su vida laboral anticipadamente por deterioro físico, mental o ambos. Habiendo pocos trabajos realizados en Argentina se requieren más estudios para concluir sobre su utilidad en el campo, por lo que esta es otra línea potencial de investigación que oportunamente se apuntará como posible.

8.3.3 Culminación anticipada de la vida laboral

Ni para las personas directamente involucradas en las jubilaciones por invalidez, ni para los sistemas de salud, como tampoco para la sociedad en su conjunto, este tipo de desenlace de la vida laboral resulta deseable.

En el punto 4.3.2 del marco teórico se hizo mención a las implicancias de la culminación anticipada de la vida laboral. En este apartado se revisan algunos de los conceptos volcados a la luz de lo observado en el trabajo de campo para abrir alternativas a posibles intervenciones que mengüen los efectos de estas situaciones.

Impacto de las jubilaciones por invalidez en las personas afectadas

En el estudio desarrollado en Alemania por Schmälzle, Wrtzel y Huxhold se analizó el impacto de las jubilaciones en personas que vivieron diferentes trayectos biográficos hasta llegar al retiro. Los hallazgos mostraron que la transición de la jubilación sólo tiene pocas consecuencias para la calidad de vida de las personas que siguen una biografía estándar centrada en el trabajo, entendiendo a ésta como la de una persona que pasa primero por un período de educación, luego por un período de empleo continuo a tiempo completo y

finalmente por un cierre legítimo de la vida laboral una vez alcanzada la edad de jubilación institucionalizada (Kohli, 2007).

En contraste, las personas con trayectos que se desvían de esa biografía estándar, experimentan un aumento en el bienestar subjetivo al retirarse, que mitiga la evolución negativa en su calidad de vida antes de la jubilación. Para la vía de desempleo de corta y larga duración, esto se remonta al cambio de estatus social que también podría desempeñar un papel para los jubilados por discapacidad.

Para esta investigación, resulta relevante rescatar que el estudio de marras, muestra que las personas que llegan a la jubilación luego de estar inactivos por una causa de salud, experimentan una mejoría en su nivel subjetivo de bienestar al obtener el beneficio de retiro. Sin embargo, a largo plazo, el bienestar subjetivo de esas personas vuelve a un nivel muy bajo lo que indicaría que persisten las desigualdades basadas en los recursos durante el proceso de transición de la jubilación, que no se limitan solamente a lo económico.

En consecuencia, es dable consignar que el paso de la condición de trabajador activo al de jubilado, especialmente si la vía fue la discapacidad, impacta en la vida de las personas en diferentes dimensiones, entre las que deben considerarse la emocional personal, la de aceptación e integración social, las de seguridad económica y la de perspectivas y proyectos luego de la jubilación.

Esas implicancias inducen a vertebrar dispositivos para acompañar el proceso de transición y asegurar las condiciones sociales, económicas y de seguimiento de la salud de esas personas luego de la jubilación.

Impacto de las jubilaciones en los equipos de salud

El retiro de trabajadores por distintas causas, antes del tiempo esperable para ello, daña a los equipos de salud. Richard Sennet recupera en su libro *El artesano* el caso del médico experimentado como ejemplo del necesario intercambio intergeneracional jerarquizando al trabajador artesanal como experto sociable que habilita el compartir sus conocimientos.

Esto pone de relieve la importancia de que, en la transición hacia una jubilación por invalidez, el afectado sea reconocido como poseedor de experiencia valiosa para ser transmitida a los trabajadores más jóvenes, inclusive luego de jubilarse. Aparece aquí la posibilidad de vertebrar dispositivos que al tiempo que impactarían positivamente en la esfera emocional del trabajador discapacitado al reconocerlo como valioso para la organización, atenuaría parcialmente el efecto que el retiro del mismo genera en el equipo de salud.

Impacto comunitario de las jubilaciones por invalidez

El retiro prematuro de la actividad laboral afecta la sustentabilidad de las sociedades modernas. Muchos países, y el nuestro es uno de ellos, enfrentan el desafío de la concurrencia de dos situaciones simultáneas: el envejecimiento progresivo de la población, lo cual genera un aumento constante de trabajadores jubilados, y el acortamiento de la vida laboral activa de un porcentaje significativo de la comunidad.

La salida anticipada del mercado laboral responde a un proceso multifactorial donde juegan percepciones individuales del presente del individuo y sus expectativas, cuestiones relacionadas con su entorno de trabajo y también factores relacionados con el contexto general.

En todo caso, progresivamente el impacto sobre los sistemas previsionales es significativo debiendo la sociedad en su conjunto absorber ese impacto, por lo que aparece como perentorio considerar posibles reformas.

En este sentido, del informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) *Transformando la discapacidad en capacidad* (OECD, 2003) que sugiere algunos puntos a tener en cuenta en una política de reforma del sistema previsional, recuperamos como potenciales aplicables a nuestro medio los siguientes:

- Mayor énfasis en facilitar el retorno al trabajo por parte de las personas discapacitadas.
- Reevaluación de la invalidez a intervalos regulares.
- Programas más flexibles con posibilidades de combinar el trabajo y la recepción de beneficios (jubilaciones transitorias).
- Condicionar la recepción de beneficios por invalidez a la participación activa en rehabilitación vocacional y otras medidas de integración.
- Promover intervenciones tempranas (detección temprana de dificultades para corrección oportuna de las mismas).
- Involucrar a los empleadores en el proceso de integración a través de la legislación contra la discriminación y las cuotas de empleo.
- Diseñar programas de discapacidad activa.

El incremento de jubilaciones por invalidez evidencia por un lado la incapacidad del sistema en la detección y resolución temprana de problemas físicos y/o psíquicos que reducen el desempeño laboral como ya fue desarrollado. También hay evidencias de las limitaciones para integrar a las personas afectadas a otras tareas.

Por esa razón, un desafío que las sociedades modernas deben asumir es recrear espacios de trabajo con funciones y tareas que se adecuen a la fuerza de trabajo modificada,

esto es, dar lugar a variantes en el trabajo, que en sintonía con las nuevas capacidades y cualidades que va marcando el perfil de los trabajadores que ya no pueden absorber las exigencias de su puesto original, aprovechen ese potencial y experiencia en tareas que enriquezcan a su espacio laboral de pertenencia.

8.3.4 Los dispositivos de cuidado de la salud del trabajador y su participación

Ya mencionamos el método Paideia y la posibilidad de la gestión participativa en los establecimientos de salud como una alternativa que propende a la consolidación de espacios de trabajo saludables protagonizados por sujetos comprometidos con el devenir institucional y sus objetivos.

Recuperamos también la propuesta denominada “Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo” (PSLT) o *workplace health promotion* (WHP) en su denominación en inglés, impulsada desde 1998 por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1998, pág.1), que fue expuesta en el punto 4.3.1.7 del marco teórico.

Para esa iniciativa la participación activa de los trabajadores en los diversos niveles de la estructura organizacional deviene en esencial en tanto se considera que contribuye en la implementación concreta de acciones claras y factibles de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Por ello la PSLT aparece como una herramienta de importancia estratégica para gestionar la salud y la seguridad en los ambientes laborales en general, especialmente las instituciones de salud que son consideradas centros de gran importancia para implementar la propuesta (Organización Mundial de la Salud, 1991).

En este sentido se considera que los establecimientos de salud constituyen entornos significativos para las personas involucradas en el proceso del cuidado de la salud, representadas no solo en la fuerza de trabajo (trabajadores de salud), sino también por el impacto que sus propias actitudes generan en los usuarios directos del servicio (pacientes) y en sus entornos familiares y sociales considerando la representación social de éstos en el seno de la comunidad.

Los principios que fundamentan la PSLT son la participación, integralidad, justicia social, sostenibilidad y multisectorialidad e interdisciplinariedad. Fueron desarrollados en el marco teórico, apartado en el que luego se recuperaron estudios que revisaron los resultados de la aplicación de esta iniciativa en distintos ámbitos que fueron mencionados en el marco teórico.

Lo que desde el punto de vista teórico aparece como una opción superadora encuentra en el campo práctico limitaciones. Algunas inherentes a aspectos culturales que exceden el ámbito del trabajo, inclusive algunos rasgos posiblemente relacionados con la edad de los

participantes o el género, pero otras condicionadas por el clima institucional como por ejemplo, los sentimiento de discriminación según el tipo de vinculación contractual (personal de planta o contratado) o la falta de mecanismos que promuevan y faciliten el proceso de retroalimentación con los trabajadores sobre los resultados obtenidos con las intervenciones que pudieron concretarse. Son señalados también como limitaciones la orientación hacia poner énfasis en el desarrollo de habilidades y responsabilidades individuales de los trabajadores, y no tanto en desplegar una mirada crítica sobre los lugares de trabajo propiciando cambios ambientales y organizacionales.

Sean unos u otros los factores influyentes, queda claro que concretar esta estrategia promocionada por la OMS se constituye en un desafío, que al igual que otras que ya fueron comentadas y serán consolidadas en el siguiente capítulo, aparecen en el menú de alternativas para propender al cuidado integral de la salud de los trabajadores de salud.

9. CONCLUSIONES

Como en todo proceso de investigación, y este no es una excepción, se abren interrogantes a partir de lo observado o de lo que quedó por indagar. En algunos casos se trata de temas directamente vinculados con la investigación, y en otros relacionados en forma indirecta, pero igualmente pertinentes al tema de fondo que en este caso es la relación del trabajo y la salud. Son aspectos que podrán dar lugar a futuros estudios para seguir profundizando en la investigación vinculada con la salud de los trabajadores de salud y las posibles intervenciones tendientes a fortalecerla.

Dentro del conjunto de conclusiones decantan también recomendaciones en función de intentar que este estudio responda al objetivo de resultar de aplicabilidad en el ámbito de la Salud Pública neuquina. Al igual que con el primer aspecto, algunas recomendaciones refieren específicamente a las jubilaciones por invalidez y sus protagonistas, pero aparecen en el contexto de formulaciones más generales que encuentran en los dispositivos dedicados al monitoreo y cuidado de la salud del trabajador su foco principal.

9.1 *Interrogantes y potenciales líneas de investigación*

9.1.1 Interrogantes que surgen del estudio

Este estudio focaliza en los trabajadores de salud del SPPS de Neuquén y se desencadena al comprobar que 1 de cada 5 jubilados de salud que cobraban sus haberes e diciembre de 2019 habían concluido su vida laboral prematuramente por invalidez laboral. Se analizó la situación para los demás organismos públicos y se encontró que otros dos mostraban también altos porcentajes de jubilados por incapacidad para el trabajo. En efecto, entre los trabajadores de la Dirección Provincial de Vialidad los jubilados por invalidez representan el 25% del total y los del Ministerio de Desarrollo Social casi el 23%, del total de jubilados a la fecha referida. Aunque no fue objeto de este estudio, decanta el interrogante vinculado con el nivel y el perfil de riesgo de esos organismos. Desde la perspectiva de la preocupación por la sustentabilidad del sistema previsional neuquino, cabría indagar cual es la relación de activos y pasivos en el resto de los organismos, y si estas situaciones podrían afectar la relación requerida para poder garantizar el normal desempeño del sistema previsional provincial.

El presente estudio estuvo acotado a lo ocurrido en cuanto a otorgamiento de jubilaciones por invalidez en el plazo de diez años (2010-2019). La planta de personal del

sector público de salud de Neuquén cambió significativamente desde 1971 hasta la actualidad como ya fue mencionado. Se modificó cuantitativamente, pero también cualitativamente, en el sentido de que el peso porcentual de cada agrupamiento no ha sido el mismo a lo largo de los últimos 50 años. La complejidad del propio SPPS, y de cada uno de sus componentes, se fue incrementando a lo largo de los años, como fue mutando el perfil de la demanda hacia el SPPS y las expectativas de la comunidad asistida. El número de jubilaciones por invalidez otorgadas ha sido fluctuante pero como se refirió, muestra una tendencia declinante en el último lustro. Las jubilaciones por invalidez, o en sentido más amplio, la afectación de la salud de los trabajadores de salud, ¿siguió un patrón uniforme a lo largo de este trayecto de medio siglo?, respecto del perfil epidemiológico que describe la situación de salud de los trabajadores de salud en Neuquén, ¿éste se ha modificado con los años?, ¿los cambios en el SPPS han actuado en favor de proteger o de poner en riesgo la salud del trabajador?, ¿los criterios adoptados para evaluar el daño en la salud de los trabajadores se modificaron?, ¿es posible rescatar información que permitan responder estas dudas? Este tipo de preguntas, y seguramente otras, surgen al indagar desde el presente la influencia del devenir histórico del sistema de salud y su vínculo con la comunidad, y podría resultar de interés para poner en evidencia rasgos que debieran ser estimulados y perfiles o actitudes que debieran intentar evitarse o mejorarse.

Respecto del perfil epidemiológico del colectivo conformado por los trabajadores de Salud Pública de Neuquén, más allá de la opinión de responsables de Salud Ocupacional, que surge de sus propias vivencias en terreno y de distinto tiempo en la función, no hay registros sistematizados que caractericen la morbi-mortalidad de este grupo humano. ¿De qué enferman y cuáles son las causas de muerte de los trabajadores de salud?, ¿las causas que justifican ausencias de corto o largo tiempo (CCT art. 58°, inc a y b) se relacionan con las tareas que desarrollan los empleados?, ¿cuáles son los factores de riesgo psicosocial detectados en los lugares de trabajo en SPPS?, ¿cuántos trabajadores de salud han fallecido en el ejercicio de su vida laboral activa y luego de jubilarse?, ¿por qué causas?, ¿cuántas personas han fallecidos luego de jubilarse por invalidez y en tales casos, cuánto tiempo después? El conocimiento del perfil epidemiológico, del mapa de riesgo y en definitiva del conjunto de riesgos psico-sociales a los que los distintos agrupamientos del equipo de salud están sometidos, brindaría información imprescindible para el diseño y la ejecución de un plan de protección integral de la salud del trabajador de salud.

En esa misma línea, el presente trabajo da cuenta de que las trabajadoras mujeres tienen más riesgo de terminar antes su vida laboral por incapacidad que los varones (OR: 1,26). ¿Son las condiciones de trabajo en el SPPS las que generan ese riesgo?, ¿podría ese

mayor riesgo vincularse con la existencia de exigencias sincrónicas entre el ámbito laboral y el doméstico-familiar, de diferencias en la autopercepción del desvío en el estado de salud, o de otras variables que deben ser analizadas en clave de perspectiva de género? En contraposición, para el agrupamiento profesional el porcentaje de jubilados por invalidez respecto del total de jubilados es significativamente más alto para varones que para mujeres, debiendo profundizarse este análisis, alimentándolo con parte de lo ya mencionado respecto del estudio sistemático del perfil de morbi-mortalidad. En ese mismo andarivel se inscribe también la necesidad de profundizar en el estudio de las causas que expliquen la notoria diferencia entre los años de vida potencial perdidos por cada jubilado varón, respecto del promedio observado en mujeres (7,9 años vs. 4,7 años).

El análisis de las jubilaciones por invalidez según agrupamientos de trabajadores, demostró que el riesgo de culminar la vida laboral en forma anticipada es 2,6 veces mayor en agentes operativos, bajando progresivamente ese riesgo en tanto se asciende en el escalafón. Si bien puede inferirse que ese riesgo podría vincularse con las tareas que requieren de mayor esfuerzo físico, resulta mandatorio profundizar este aspecto. Por un lado, para confirmar algunas sospechas sugeridas por los responsables de salud ocupacional respecto de técnicas de trabajo empleadas que debiesen modificarse. Por otro lado, porque la progresiva tercerización de actividades propias del agrupamiento operativo ha dejado fuera del alcance del radar a trabajadores del equipo de salud bajo otras modalidades de contratación, desconociendo que ocurre con ellos.

Se intentó hacer un análisis vinculando los jubilados por invalidez con sus lugares de trabajo. No pudo contarse con información completa respecto del último lugar de trabajo de los 530 trabajadores jubilados por invalidez registrados a diciembre de 2019. Si bien a priori, pareciera descartarse la posibilidad de detectar lugares especialmente de riesgo, para confirmarlo se requiere revisar la historia laboral de los trabajadores afectados, sus opiniones y miradas, los cambios de lugares de trabajo dentro del mismo establecimiento y los cambios de hospital, entre otros aspectos útiles para terminar de configurar el cuadro de situación. Profundizar sobre este aspecto obligaría también a analizar las opciones ofrecidas a los trabajadores afectados para resolver la situación planteada, por lo que también la perspectiva de quienes intervinieron en esas instancias podría ser relevante a fin de intentar un diagnóstico completo.

El “gasto en personal” representó el 77,1% del presupuesto del Ministerio de Salud en el año 2019¹⁸ Este aspecto no fue planteado como central para esta tesis, pero consideramos que no debe desdeñarse considerar que la situación analizada genera un impacto económico que importa en términos de costo de oportunidad, tanto por lo que debe aplicarse en pago de jubilaciones y de salarios para los agentes que reemplazan a quienes se retiran, como por el costo de las bajas que durante el trayecto laboral activo han sufrido esas personas. En este sentido, si bien podrían requerirse cálculos actuariales más robustos que los empleados para estimar el impacto con mayor precisión, incluyendo variables que no fueron analizadas, puede concluirse que vertebrar políticas de protección integral del trabajador de salud, por sí mismas implicarían una pertinente inversión en salud, pero además, permitirían disponer de fondos para otras finalidades, inclusive para completar planteles o mejorar las condiciones de los actuales equipos de salud.

Fue mencionado que los dictámenes de las juntas médicas que intervienen en la evaluación de los trabajadores que solicitaron acogerse al régimen de jubilación por invalidez resultan de la aplicación de un protocolo estricto que se vuelca en un formulario diseñado a fin de cumplir con los requisitos legales. Sin embargo, al analizarlos surgen preguntas tales como, ¿hubiese sido distinta la conclusión de haberse considerado con más detalle la trayectoria laboral del trabajador y las opciones de adaptación que en cada momento de ese periplo se le ofrecieron?, ¿qué influencia jugaron los factores de riesgo personales y los vinculados con el ámbito laboral a los que esos trabajadores estuvieron expuestos?, ¿quedaron co-morbilidades sin registrarse?, y en sentido más amplio, ¿fue esa valoración integral, en el sentido de considerar a la persona evaluada en su contexto histórico, social y cultural? Aun considerando que la ampliación de la descripción del cuadro de situación no modificaría el cálculo del porcentaje de incapacidad que es el objetivo esencial de esa junta evaluadora, ¿qué otros datos podrían recabarse en esta instancia a fin de contribuir a mejorar el diagnóstico con finalidad epidemiológica de aplicación a la gestión del SPPS?

Las conclusiones referidas a las posibles relaciones entre el trabajo y la invalidez sufrida por los agentes cuyos casos fueron analizados, y la naturaleza de la invalidez que predomina en cada uno, guardan relación con el comentario del párrafo anterior en cuanto a la orfandad de detalles en esos registros. En el primer caso, porque no se exige ese vínculo para determinar si el trabajador está imposibilitado para continuar prestando funciones y en el segundo porque se tomó la decisión de simplificar el registro para evitar discrepancias con los

¹⁸ Presupuesto Provincial 2019. <https://www.economianqn.gob.ar/contenido/file/5311>

seguros. En ambos, el resultado nuevamente es que se desaprovecha una instancia que podría ser útil en función de objetivos que exceden la misión específica de las juntas médicas, pero no de la institución que las solicita.

9.1.2 Estudios ampliatorios

El presente estudio fue propuesto como un estudio epidemiológico descriptivo, de corte transversal, de tipo cuantitativo, que analizó las jubilaciones por invalidez otorgadas en Neuquén a los trabajadores de la red pública de salud en el período 2010-2019. El diseño del proyecto impidió recabar la opinión de los propios sujetos de la investigación, esto es los trabajadores de salud del sector público neuquino jubilados por invalidez. Para superar esa limitación, debida en parte a restricciones impuestas por la aplicación de normas de bioética vinculadas con investigaciones en seres humanos, será menester diseñar modelos de investigación complementarios a este. Algunos de los estudios que se sugieren como ampliatorios del actual son los siguientes:

Estudios que recaben la opinión y la mirada de los jubilados por invalidez

Estudios cualitativos que consideren la mirada de los jubilados por invalidez respecto de su propio trayecto laboral, la transición hacia la jubilación y el proceso mismo de otorgamiento del beneficio, son importantes para comprender mejor este proceso y también para recoger elementos que pudiesen resultar útiles a la hora de reformular el abordaje de la salud del trabajador. Profundizar en esta línea aportará además a problematizar los procesos de trabajo, para revisar y en todo caso, proponer cambios en favor de modelos más saludables.

Este tipo de estudios requiere de un proceso de consentimiento que no fue posible concretar para este estudio, pero que una vez publicada y difundida la presente investigación podría concretarse, convocando a voluntarios que quisieran colaborar con ese estudio.

Estudios que incluyan a representantes de los trabajadores y autoridades provinciales

El panorama tanto para el diagnóstico de situación como para construir un sendero de intervenciones productivas en este campo, no estaría completo si no fueran incluidos en un trabajo de corte cualitativo, realizando entrevistas en profundidad a actores claves del SPPS. Desde nuestro punto de vista, el diseño, puesta en marcha y sostenimiento de un plan integral de cuidado de la salud del trabajador, requiere de un proceso previo donde esos actores, que tallan en las decisiones que hacen al devenir del SPPS, coincidan en la importancia del mismo. Para ello, convocarlos a un estudio que persiga el objetivo de recabar con sentido plural y

amplio opiniones, miradas y pareceres sobre la relación entre la salud del trabajador y el trabajo, entendemos que configuraría un paso imprescindible.

Estudios cuanti-cualitativos para evaluar instrumentos específicos

Fue comentado el desarrollo del índice de capacidad para el trabajo (ICT) como un instrumento que podría ser aplicado con objetivos preventivos y especialmente predictivos, para detectar trabajadores en riesgo de culminar su vida laboral anticipadamente por deterioro físico, mental o ambos. Hay pocos trabajos realizados en Argentina y ninguno en Neuquén que haya empleado este índice. Si bien no es el único posible de ser estudiado en función de conseguir resultados locales, aparece como uno de los que ya probados en otras latitudes, podrían ser evaluados en nuestro medio.

9.2 Recomendaciones y propuestas de intervenciones

El alto porcentaje de jubilaciones por invalidez (2 de cada 10 jubilados totales a diciembre de 2019) evidencia por un lado la incapacidad para detectar y resolver en forma temprana problemas físicos y/o psíquicos que reducen el desempeño laboral y al mismo tiempo la limitación para integrar a las personas afectadas al trabajo apelando a distinto tipo de adaptaciones.

Sin dudas un desafío que las sociedades modernas deben asumir es recrear espacios de trabajo con funciones y tareas que se adecuen a la fuerza de trabajo que cambia cuanti y cualitativamente su desempeño y ya no se adapta a las exigencias de su puesto original. Empero, se trata de personas con potencial y experiencia capaces de enriquecer los espacios laborales de pertenencia.

Pero el análisis y las sugerencias de intervenciones serían limitados y hasta tardíos si solamente se atendiera al hecho ya consumado del daño consolidado. Por esa razón, esta tesis está atravesada por la idea de que la jubilación por invalidez es el final del camino, o dicho de otra manera, es la punta del iceberg de un problema de mayores dimensiones, pocas veces justipreciado.

Por esa razón el conjunto de comentarios que se exponen, a modo de conclusión de este trabajo, intentan dar cuenta de la compleja relación trabajo-salud, de la forma más completa posible. Algunas de las recomendaciones serían funcionales a fin de recabar información necesaria para desplegar algunas líneas de investigación sugeridas, mientras que otras se vinculan directa o indirectamente con los procesos de monitoreo y cuidado de la salud del trabajador apuntando no solamente a reducir las potenciales jubilaciones por invalidez,

sino fundamentalmente para aportar al mejoramiento integral de la salud de los mismos. Por esa razón, aunque aparecen con una finalidad expositiva por separado, algunas de las intervenciones se implican mutuamente.

1. Recrear instancias participativas de los trabajadores de salud en la gestión de los establecimientos de la red pública, promoviendo la democratización institucional. Como ya fue comentado en el texto de esta tesis las iniciativas que promueven afianzar ambientes laborales sanos, seguros y motivadores requieren de la participación activa de todos los actores involucrados, no solamente para considerar su mirada sobre el proceso, sino también para construir la gobernabilidad necesaria a fin de sostener las decisiones que se toman en orden de modificar pautas de funcionamiento, supervisión e innovación, en favor del trabajo en equipo y del crecimiento de los sujetos que los integran. Desde este enfoque, alineado con la propuesta de aplicar el método Paideia, se pretende superar la relación que Anabel Beliera describe como “de tipo Nosotros y Ellos que deriva de un proceso de separación y jerarquización de las personas en el espacio laboral donde los ‘funcionarios’ del gobierno son identificados como ‘patrones’” (Beliera, 2019, p. 246). Si bien escapa al objeto de este estudio, es dable apuntar que en ese proceso democratizador es esperable también propiciar espacios para la participación activa de la comunidad asistida, aunque para el análisis y reformulación de los procesos de trabajo dentro de los propios efectores, básicamente son sus propios protagonistas los llamados a sentarse a esa mesa.

2. Diseñar e implementar un plan integral de cuidado de la salud del trabajador de salud con eje en la promoción de la salud en los lugares de trabajo (PSLT) para gestionar la salud y la seguridad en todos los efectores de la red del SPPS. Se propone recrear los principios que fundamentan la PSLT contextualizados a la realidad, historia y cultura organizacional de cada establecimiento, con los recursos disponibles y estableciendo pautas para la conformación progresiva de equipos interdisciplinarios que puedan contribuir al monitoreo y cuidado en forma integral. Se propone que cada hospital cabecera de zona sanitaria cuente con un equipo mínimo conformado por un médico laboral, un técnico en seguridad e higiene laboral y enfermería laboral y que en cada zona sanitaria puedan conformarse juntas médicas para evaluación de casos que lo requieran conformados por médico laboral, referentes zonales de las principales especialidades (traumatología, psicología, psiquiatría) y un tercer miembro perteneciente al hospital de donde proviene el agente evaluado.

La implementación de una política de este tipo requiere de la decisión política que establezca lineamientos claros, definiendo objetivos anuales tanto en lo vinculado con la conformación de equipos y su formación continua, como en relación a los programas de promoción y prevención que en cada caso se instrumenten.

3. Implementación plena de la Resolución 904/2015 desplegando todas las funciones inherentes a los servicios de Medicina del Trabajo y de Higiene y Seguridad en el Trabajo que están especificados en esa norma legal. Esta premisa se impone como parte del plan integral apuntando a dar cuenta de un sistema que al tiempo que vigila las condiciones y medio ambiente del trabajo incluyendo los vínculos entre los componentes de los equipos de salud, despliega un modelo de monitoreo de la salud del trabajador que no se limita a vigilar los riesgos específicos de cada puesto de trabajo. Vale destacar que esa Resolución prescribe la conformación de un Comité Mixto de Higiene y Seguridad en el Trabajo de carácter paritario y la implementación de un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, todo lo cual estaría en línea con lo mencionado en los puntos anteriores.

4. Monitoreo y registro sistemático de los factores de riesgo psico-social en los lugares de trabajo y confección de mapas de riesgo en cada establecimiento de salud, con cotejo periódico entre los distintos efectores del SPPS como instancia de intercambio productivo. Se propone analizar los ejes propuestos por Julio César Neffa: intensidad y tiempo de trabajo, las demandas emocionales, la autonomía insuficiente, la mala calidad de las relaciones sociales en el trabajo, los conflictos de valores y la inseguridad de la situación laboral.

5. Registro sistematizado e investigación epidemiológica relacionada con el ausentismo por enfermedades de corto y largo tratamiento en el SPPS a cargo de los servicios de Medicina Laboral de cada hospital con consolidado provincial en el nivel central (Salud Laboral y Dirección de Epidemiología). Para ello, es necesario incorporar la historia clínica laboral digital usando la plataforma ANDES¹⁹ de tal manera de aprovechar la información ya cargada en el sistema y optimizar el sistema de registros.

6. Registro e investigación epidemiológica de las muertes de trabajadores de salud en actividad y luego de su jubilación, a cargo de la instancia provincial que pueda disponer de

¹⁹ ANDES. Aplicaciones Neuquinas de Salud. Plataforma digital de servicios de salud que implementa la historia única digital de salud de la Provincia del Neuquén

la información necesaria para consolidarla (Dirección de Información Sanitaria y Dirección de Epidemiología).

7. Ampliar el radar de los dispositivos de monitoreo y cuidado de la salud de los trabajadores para alcanzar al conjunto de trabajadores de salud incluyendo a aquellos que revisten bajo otras modalidades de contratación (tercerizados, trabajadores temporarios y contratados).

8. Mejorar los mecanismos de selección para el ingreso de trabajadores a distintos cargos y para el cambio de funciones dentro de la institución, incorporando evaluaciones de la esfera psico-emocional. Se propone mejorar los exámenes pre-ocupacionales, orientándoles en relación al puesto de trabajo con exámenes específicos para cada caso con informes emitidos por el especialista correspondiente.

9. Implementación completa de la Resolución 37/2010 incluyendo la realización de los exámenes pre-ocupacionales o de ingreso, periódicos, exámenes previos a cambios de funciones o de puestos de trabajo, posteriores a una ausencia prolongada, y previos a la terminación de la relación laboral o de egreso. La realización del examen pre-ocupacional es responsabilidad del empleador, sin perjuicio de que éste pueda convenir con su Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) la realización del mismo. De la misma manera los demás exámenes son responsabilidad de la ART o de los que la norma legal categoriza como “Empleador Auto-asegurado”. En este sentido, considerando la escasa o nula vinculación de los responsables de Salud Ocupacional y en general de los establecimientos del SPPS con las ART, podría considerarse la posibilidad de apelar al auto-seguro previsto en el artículo 3° de la ley 24557 de riesgos de trabajo²⁰.

10. Revisión de CCT, en este caso para eliminar incentivos explícitos y ocultos que potencialmente atentan contra la salud del trabajador como por ejemplo el trabajo a destajo

²⁰ Ley 24557 – Art. 3°. “Seguro obligatorio y autoseguro. Los empleadores podrán autoasegurar los riesgos del trabajo definidos en esta ley, siempre y cuando acrediten con la periodicidad que fije la reglamentación... El Estado nacional, las provincias y sus municipios y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires podrán igualmente autoasegurarse”.

en actividades extraordinarias (guardias), el régimen de turnos rotativos con horarios nocturnos, o la jornada laboral en actividades críticas no consideradas hasta el presente.

11. Dispositivos para adecuación de tareas. Aun a sabiendas de que debe completarse este estudio recabando la opinión y la mirada de los trabajadores respecto de los distintos momentos de su trayecto laboral, es válido inferir que la historia laboral de muchos trabajadores que terminan prematuramente su vida laboral por invalidez, está jalonada por cambios de funciones y/o de lugares de trabajo. Un plan de cuidado integral de salud del trabajador debiera desarrollar dispositivos que atiendan no solamente esos cambios, sino que supervisen en forma activa si ese trabajador ha logrado adaptarse al nuevo puesto o dicho de otra manera, si se logró encontrar un puesto de trabajo en el cual, con las capacidades actuales del trabajador, este pueda volver a sentirse motivado para continuar su progreso personal y percibir pertenencia al colectivo del que forma parte.

12. Los dictámenes de juntas médicas como fuente de información epidemiológica.

Uno de los últimos momentos de contacto formal del trabajador con la institución empleadora es la evaluación a cargo de la junta médica que debe determinar el porcentaje de invalidez del agente que solicita la jubilación. Sostenemos que resultaría útil que en esa misma instancia se recabe información que por un lado enriquecería el análisis del caso para justipreciar la situación particular de ese agente, pero que además aporte al SPPS elementos que sirvan para revisar y en todo caso mejorar los planes de cuidado.

Así, se propone que esos registros incluyan detalles de la historia de los padecimientos, especialmente cuando se trata de causas psíquicas y que se consignen las co-morbilidades padecidas por el trabajador, así como de los factores de riesgo físico y/o psíquico a los que el trabajador ha sido expuesto sea en función del cumplimiento de su trabajo, o en otros espacios ajenos a su vínculo de dependencia con el Estado.

Finalmente, se sugiere que cada dictamen se vuelque en una base de datos, cuyo modelo preliminar podría ser el que se diseñó para este estudio, pero al que podrían agregarse más variables, de tal manera de ir alimentando un archivo que aportaría información sistematizada funcional al proceso de revisión de las actuaciones en terreno por parte de los equipos de Medicina del Trabajo.

13. Preparación para la post-jubilación. Así como la actuación del hospital no culmina en el momento del alta de un paciente internado, sino que se espera que el proceso de cuidado tenga continuidad aun interviniendo en ese proceso otros actores, así también el SPPS no

debiera concluir el vínculo con el trabajador dictaminando el porcentaje de invalidez que determina condiciones para jubilarse. Antes inclusive de determinarse que el trabajador está en condiciones de jubilarse, debieran instrumentarse mecanismos para acompañar a esa persona en la transición, considerando el impacto emocional que esto genera. Sin perjuicio de ello resulta deseable que se evalúe con el trabajador opciones de trabajo y ocupación luego de jubilarse apuntando a sostener la autoestima y también a considerar funciones alternativas que ese trabajador estuviese en condiciones de cubrir.

9.3 Comentarios finales

La presente investigación, cuyo tema central es la salud de los trabajadores de salud, abordó ese análisis a partir de observar que dos de cada cinco jubilados del sector salud que cobraban sus haberes en diciembre de 2019, habían terminado su vida laboral antes del tiempo esperable por haberse incapacitado para seguir trabajando.

El análisis de las jubilaciones por invalidez en el sector público de salud de Neuquén abrió una ventana que llevó a escudriñar otros temas vinculados con la relación entre trabajo y salud, y también a analizar los dispositivos con los que se cuenta para monitoreo de las condiciones de trabajo y el cuidado de la salud de los trabajadores.

Esta investigación, que culmina con este informe, se ofrece como un avance preliminar de un camino más largo de estudios, intervenciones y evaluaciones, tendientes a la mejora persistente de los dispositivos que se diseñen e implementen en favor de la salud de los trabajadores de salud.

Problematizar los procesos de trabajo, las formas que adoptan en distintos momentos y para cada tipo de actividad, y la repercusión que conllevan para sus protagonistas a la luz de la particular mirada de cada uno de ellos, seguramente enriquecerá este trabajo.

Si los trabajadores de salud son efectivamente la columna vertebral de los sistemas de salud, es de esperar que el presente estudio contribuya para poner en agenda un tema que siempre debe estar en el foco de atención de quienes están directa o indirectamente vinculados con el campo de la salud.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

Bibliografía

- Aiziczon, F. (2008a). Del «'paro» a la «pueblada». Cultura política y marcos para la acción colectiva: El caso ATE Neuquén entre 1990-1995. *Trabajo y sociedad*, Vol. X(N° 11), 26.
- Aiziczon, F. (2008b). *Protesta social y cultura política. Aportes para pensar los años '90 en Neuquén*, en: *Historia Regional, Sección Historia (ISP N° 3)*. Instituto Superior del Profesorado N° 3.
- Alzugaray, R. (1988). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional / 1*. Centro Editor de América Latina.
- Antunes, R. (2000). La centralidad del trabajo hoy. *Papeles de población*, 6(25), 83-96.
- Antunes, R. (2007). El caracol y su concha: Ensayo sobre la Nueva Morfología del Trabajo. En III Conferencia Internacional La Obra de Carlos Marx y los desafíos del Siglo XXI. *Sociología del trabajo*, N° 59, 131-142.
- Antunes, R. (2013). *Los sentidos del trabajo: Ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Herramienta ediciones.
- Arce, H. E. (2010). *El Sistema de Salud. De dónde viene y hacia dónde va. Que pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos*. Prometeo libros.
- Arias-Bucciarelli, M., González, A. E., & Scuri, M. C. (1993). En «La provincia y la política. Formación y consolidación del Estado neuquino (1955-1970)» en *Historia de Neuquén* (pp. 332-367). Plusultra.
- Asociación de abogados laboristas de Rosario. (2020). *La adhesión a la Ley 27348 (complementaria de la Ley de Riesgos del Trabajo), solo beneficia a la A.R.T, no a los trabajadores ni a las empresas santafesinas*.
- Barretto, H. (2019). *El derecho a la negociación colectiva en América Latina*. En: Bertranou, F. y Marinakis, A. (ed.). *Reflexiones sobre el trabajo. Visiones desde el Cono Sur de América Latina en el Centenario de la OIT*. Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Basaglia, F. (1970). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral editores.
- Basualdo, V. (2016). Tercerización laboral en Argentina y América Latina: Debates y desafíos para una agenda de investigación. *Épocas*, 18.
- Basualdo, V., Esponda, A., Morales, D., & Gianibelli, G. (2015). *Tercerización y derechos laborales en la Argentina actual*. Editorial La Página.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
<https://www.gub.uy/sistema-nacional-emergencias/sites/sistema-nacional-emergencias/files/documentos/publicaciones/La%2Bsociedad%2Bdel%2Briesgo%2Bhacia%2Buna%2Bnueva%2Bmodernidad%20-BECK.pdf>
- Beliera, A. A. (2017). *Lo sindical en su multiplicidad. Un estudio del entramado de experiencias sindicales en el Hospital Provincial Neuquén (2005-2016)*. [Enfoque etnográfico, Universidad Nacional de La Plata].
 Disponible en:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/68692/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Beliera, A. A. (2019). *Los sindical en su multiplicidad. Trabajos, profesiones y afectos en el hospital*. Miño y Dávila editores.
- Belmartino, S. (2011). Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica. *Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas, Documento de trabajo N° 80*, 39.
- Bialet-Massé, J. (1985a). *Informe sobre el estado de la clase obrera (I)*. Hyspamerica ediciones Argentina.
- Bialet-Massé, J. (1985b). *Informe sobre el estado de la clase obrera (II)*. Hyspamérica ediciones Argentina.
- Blanco, G. (1998). *Neuquén, 40 años de vida institucional, 1958 – 1998*. Centro de Estudios de Historia Regional, Universidad Nacional del Comahue.
- Bolderson, H., Mabbett, D., Hvinden, B., & van Oorschot, W. J. H. (2002). Definitions of disability in Europe: A comparative analysis: Final report Bolderson, H.; Mabbett, D.; Hvinden, B.; van Oorschot, W.J.H. *Tilburg University*, 88.
- Boyer, R. (2006). El Estado Social a la luz de las investigaciones regulacionistas recientes. *Revista de Trabajo, Año 2, número 3*, 139-156.
- Breilh, J. (2011). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*, en: *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* Universidad Autónoma Metropolitana.
- Campos, G. W. de S. (1997). *Subjetividad y administración del personal: Consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud*. En *Praxis en salud, un desafío para lo público*. co-edición Hucitec - Lugar Editorial.
- Campos, G. W. de S. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Lugar Editorial.
- Campos, G. W. de S. (2009). *Método Paideia: Análisis y co—Gestión de colectivos*. Lugar Editorial.
- Canessa Montejo, M. (2019). *El Alcance de la Negociación Colectiva en la Administración Pública*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_727339.pdf
- Carrillo, R. (1974). *Teoría del hospital*. Eudeba.
- Carrillo, R. (1975a). *Planes de salud pública 1952-1958*. Eudeba.
- Carrillo, R. (1975b). *Planes de salud pública, 1952-1958: Vol. IV*. Eudeba.
- Carvalho, S. R. (2008). Promoción de la Salud, «empowerment» y educación: Una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4(3), 335-347. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.349>
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Paidós.
- Chamoux, M.-N. (1994). Sociétés avec et sans concept de travail. *Sociologie du travail. Les énigmes du travail*, 36^e année, 57-71.
- Chamoux, M.-N. (1998). *Sens et lace du travail dans les sociétés en: Le monde du travail Josiane BOUTET, Henri JACOT, Jacques KERGOAT, Danièle LINHART (directores)*. La Découverte.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Chaves Bazzani, L., & Muñoz Sánchez, A. I. (2016). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Un camino por recorrer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1909-1920. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.02522016>
- Colantuono, M. R. (1995). En «Estado y territorio» en Neuquén, una geografía abierta. (pp. 63-88). Universidad Nacional del Comahue.
- Costa, M. I., & Hintze, S. (2017). La seguridad social a nivel territorial: El caso de la Provincia del Neuquén. *Trabajo y sociedad*, 29, 23.
- De la Cueva, M. (2008). *El nuevo derecho mexicano del trabajo: Vol. Tomo II* (Décimoquinta edición). Porrúa.
- de la Garza Toledo, E., Celis Ospina, J. C., Olivo Pérez, M. A., & Retamozo Benítez, M. (2008). Crítica de la razón para-posmoderna (Sennet, Bauman, Beck). *Revista latinoamericana de estudios del trabajo*, Número 13-19, 29.
- de la Garza Toledo, E., & Neffa, J. C. (2001). *El futuro del trabajo—El trabajo del futuro*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101102085140/garza.pdf>
- Dever, G. E. A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. OPS.
- Diario La Mañana Neuquén. (2008). Salud apura el proyecto de ley de carrera sanitaria. *La Mañana Neuquén*. <https://www.lmneuquen.com/salud-apura-el-proyecto-ley-carrera-sanitaria-n4192>
- Díaz Bethencourt, A. V., & Prieto Morales, M. del C. (2016). Relación entre la incapacidad laboral y el uso del Índice de Capacidad de Trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62(242), 66-78.
- Durkheim, É. (2006). *Las reglas del método sociológico*. Editorial Losada.
- Favaro, O. (1993). En «Territorio y Estado Nacional: Estado Provincial y sistema político (1955-1976)» en *Historia de Neuquén* (pp. 315-331). Plusultra.
- Favaro, O. (2001). *Estado, política y petróleo: La historia política neuquina y el rol del petróleo en el modelo de provincia, 1958-1990*. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?e=d-10000-00--off-0tesis--00-2---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1l-10-es-Zz-1---100-home---00-3-1-00-00--4---0-0-01-00-0utfZz-8-00&a=d&c=tesis&cl=&d=Jte131.8>
- Ferraresi, A., & Galasso, N. (2018). *Historia de los trabajadores argentinos (1857-2018)*. Colihue.
- Flores, F. (1997). *Creando organizaciones para el futuro*. Dolmen.
Disponible en: <https://www.inf.utfsm.cl/~ric/sia/textos/creando%20org.pdf>
- Franco, T. B., & Mehry, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: Textos seleccionados*. Lugar Editorial.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Fresquet, J. L. (2011). *Bernardino Ramazzini (1633-1714)*. Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia (Universidad de Valencia-CSIC). <https://www.historiadelamedicina.org/ramazzini.html>

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Fumagalli, A. (2010). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia un nuevo paradigma de acumulación*. Traficantes de Sueños.
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser* (p. 223). Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. <https://travail-emploi.gouv.fr/demarches-ressources-documentaires/documentation-et-publications-officielles/rapports/article/rapport-mesurer-les-facteurs-psychosociaux-de-risque-au-travail-pour-les>
- González García, G., Mariano Fontela, C., & Claudia Madies, G. G. (2012). *Médicos, la salud de un profesión: Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla*. Ediciones Isalud.
- Gorz, A. (1982). *Adios al proletariado (Más allá del socialismo)*. El Viejo Topo.
- Hernández-Álvarez, M. (2015, noviembre 17). *Reflexiones sobre la experiencia de gobierno en salud en Bogotá, 2004—2015*. Seminario Internacional Determinantes Sociales de la Salud, Intersectorialidad y Equidad Social en América Latina. Mesa "Producción social de la salud y la vida: experiencias territorializadas"., Río de Janeiro, Brasil. <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2016/01/Mario-Hern%C3%A1ndez-%C3%81lvarez.pdf>
- Hetschko, C., Knabe, A., & Schöb, R. (2014). Changing Identity: Retiring from Unemployment. *The Economic Journal*, 124(575), 149-166. <https://doi.org/10.1111/eoj.12046>
- Innerarity, C. (1990). La comprensión aristotélica del trabajo. *Anuario Filosófico*, 1993 (26), 69-108, 40.
- Isuani, A. (2021). *Ingreso social: ¿con o sin trabajo?*
Disponible en: <https://pactoinclusionosalud.org/contenido/buscarcolumna/9>
- Jäger, W. (2001). *Paideia: Los ideales de la cultura griega. Libro tercero. En busca del centro divino*. Fondo de Cultura Económica México.
- Katz, J., & Kosacoff, B. (1989). *El proceso de industrialización en la Argentina: Evolución, retroceso y perspectiva* Centro Editor de América Latina.
- Kohen, J. (2020). *La muerte anunciada en el Ingenio La Esperanza. El neoliberalismo mata sin metáfora* (p. 3). Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario.
- Kohli, M. (2007). The Institutionalization of the Life Course: Looking Back to Look Ahead. *Research in Human Development*, 4(3-4), 253-271. <https://doi.org/10.1080/15427600701663122>
- Kohli, M., Rein, M., Guillemard, A. M., & van Gunsteren, H. (1991). *Time for retirement. Comparative studies of early exit from the labor force*. Cambridge University Press. https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0047279400019371/type/journal_article
- Lator, C., Arias, C., Gorrochategui, M. del C., & Manoukian, D. E. (2006). *Chos Malal, entre el olvido y la pasión. Historia de la primera capital de Neuquén, desde los orígenes hasta los años setenta*. Centro de Estudios Regionales Chos Malal.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, número 17, México, D.F., editorial Era, julio-septiembre de 1978, pp.59-79.
- Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* N° 19, 11.
- Laurell, A. C. (1984). Ciencia y experiencia obrera: La lucha por la salud en Italia. *Cuadernos Políticos*, número 41, México, D.F., editorial Era, julio-diciembre de 1984, pp.63-83, 35.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Legislatura de la Provincia del Neuquén. (1997). *Ley Provincial N° 2207 Investigaciones biomedicas*. <http://www.msal.gov.ar/dis/wp-content/uploads/sites/11/2016/06/LEY2207-97-Investigacion-biomedicaNQN.pdf>
- Legislatura de la Provincia del Neuquén. (1998). *Ley provincial N° 2265 Remuneraciones – Contaduría General de la Provincia del Neuquén*. <https://www.contadurianeuenen.gov.ar/ley-no-2265-1998-ley-de-remuneraciones/>
- Legislatura de la Provincia del Neuquén. (2018). *Ley provincial N° 3118 Convenio Colectivo de Trabajo para el personal dependiente del Sistema Público Provincial de Salud (SPPS)*. <https://www.legislaturaneuenen.gov.ar/SVRFILES/hln/documentos/VerTaqui/XLVII/ApendiceReunion11/Ley3118.pdf>
- León Robles, C. (2019). Índice de Capacidad de Trabajo (ICT) en personal sanitario de edad avanzada e intención de jubilación anticipada. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(254), 49-58. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2019000100049>
- López Oneto, M. (2016). Las metamorfosis del trabajo: Del trabajo al empleo (notas de lectura para una reconstrucción histórica-conceptual del trabajo). *Revista Chilena de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 5(9). <https://doi.org/10.5354/0719-7551.2014.42643>
- Manoukian, D. E. (2003). *Construcción de redes en salud: El caso Cutral Có—Plaza Huinca*. Ediciones Isalud.
- Manoukian, D. E. (2018). El convenio colectivo de salud en Neuquén, un riesgo para el sistema. *VA CON FIRMA*. https://vaconfirma.com.ar/?articulos_seccion_719/id_6354/el-convenio-colectivo-de-salud-en-neuquen-un-riesgo-para-el-sistema-
- Manoukian, D. E., & Iusef Venturini, N. (2021). *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Ediciones CICCUS.
- Marin, B. (2003). *Transforming disability welfare policy. Completing a paradigm shift. In: European disability pension policies, 11 country trends 1970-2002*. European Centre Vienna.
- Marin, B., & Prinz, C. (2003). *Facts and figures on disability welfare. A pictographic portrait of an OECD report*. European Centre Vienna.
- Martínez Guarino, R. (2004). *Felipe Sapag. El patriarca patagónico*. Grupo de Estudios Urbanos y microrregionales, división editorial.
- Martini, S., & Halpern, G. (1998). *Imaginario sociales*. https://docs.google.com/document/d/1c46SOvG2Olsp642_XiKsuTV--ckJtrq8FmcSYg3Pt9M/edit?usp=sharing&usp=embed_facebook
- Martinovich, V. (2015). *Revisión bibliográfica. Etapa exploratoria y diseño del instrumento de búsqueda*. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.
- Martus, P., Jakob, O., Rose, U., Seibt, R., & Freude, G. (2010). A comparative analysis of the Work Ability Index. *Occupational Medicine*, 60(7), 517-524. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq093>
- Marx, K. (1975). *El Capital. Tomo I. Libro primero. El proceso de producción del capital.: Vol. Vol. 1. Siglo XXI editores*. <https://proletarios.org/books/El-Capital-Vol-1-Libro-I-Karl-Marx.pdf>
- Mases, E. H. (1994). *El mundo del trabajo: Neuquén, 1984-1990*. GEHISo.
- Mases, E. H. (1998). *El mundo del trabajo en Neuquén, 1930-1970*. Educo.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Mases, E. H. (2007). *Historia de los trabajadores en la Patagonia*. Educo.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- Merhy, E. E. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Lugar Editorial.
- Ministerio de Justicia de la Nación. (1998). *Boletín oficial de la República Argentina N° 28892*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/dto478.pdf>
- Ministerio de Producción y trabajo. (2017). *Ministerio de Producción y trabajo. Historia del organismo*. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/historia>
- Ministerio de Salud de Neuquén. (2018). *Subsecretaría de Salud de Neuquén. "Reseña institucional". 2018*. <https://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/>
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén. (2018a). *Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2016*.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud de Neuquén. (2018b). *Libro de indicadores. Información estadística y epidemiológica, 2017*.
- Mintzberg, H. (2000). *Diseño de organizaciones eficientes*. El Ateneo.
- Moreno, E. (1972). *Evaluación de actividades año 1971* (p. 123). Subsecretaría de Salud de Neuquén.
- Morgenfeld, L. (2012). Desarrollismo, Alianza para el Progreso y Revolución Cubana: Frondizi, Kennedy y el Che en Punta del Este (1961-1962). *Ciclos en la historia, la economía y la sociedad*, 20(40), 00-00.
- Muñoz Sánchez, A. I., & Castro Silva, E. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: Entre ideal e irreal. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(221), 288-305.
- Neffa, J. C. (1990). *Proceso de trabajo y economía del tiempo. Un análisis crítico del pensamiento de K. Marx, F. W. Taylor y Henry Ford*. Centre de Recherche et Documentation sur L'Amérique Latine y Editorial Humanitas.
- Neffa, J. C. (1999). *Crisis y emergencia de nuevos modelos productivos*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101102030206/5neffa.pdf>
- Neffa, J. C. (2003). *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*. Grupo editorial Lumen.
- Neffa, J. C. (2015a). Visibilizando los riesgos psicosociales en el trabajo. *Voces del Fénix, Años 6*(Número 46), 14.
- Neffa, J. C. (2015b). Introducción al concepto de condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). *Voces del Fénix, Año 6*(Número 46), 12.
- Neffa, J. C. (2018). *Los factores de riesgo psicosociales en el trabajo que también impactan sobre el trabajo precario. En: ¿Cuál es el futuro del trabajo? De la División social del trabajo al auge de la precariedad*. Guillermo Pérez Sosto (coordinador) (1° edición). Ediciones CICCUS.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Nougier, L.-R. (1965). *La prehistoria*, en: *PARIAS, Louis-Henri. Historia General del Trabajo.: Vol. Tomo 1*. Ediciones Grijalbo.
- Novick, M., Lengyel, M., & Sarabia, M. (2009). De la protección laboral a la vulnerabilidad social. Reformas neoliberales en la Argentina. *Revista Internacional Del Trabajo*, 128(3), 257-275. <https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2009.00060.x>
- Novick, M., & Tomada, C. (2001). Reforma laboral y crisis de la identidad sindical en Argentina. *Cuadernos del CENDES*, 47, 79-110.
- OECD. (2003). *Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disable people*. OECD Publications.
- Oficina Internacional del Trabajo. (1975). *Por un trabajo más humano. El trabajo: condiciones y medio ambiente. Memoria del Director General (primer punto del orden del día)*. Oficina Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09651/09651%281975-60%29.pdf>
- Onocko Campos, R. (2007). *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*. Lugar Editorial.
- Onocko Campos, R. (2008). *Humano demasiado humano: Un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En: Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas (Spinelli, compilador)*. Lugar Editorial.
- O.P.S. (1995). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: La administración estratégica*.
- Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS). (2019). *Evolucion de la proteccion de los riesgos profesionales en los sietmas de seguridad social. Una mirada al Sistema Argentino*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/evolucion-de-la-proteccion-de-los-riesgos-profesionales-sys.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (1919). *Constitución de la OIT*. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:62:0::NO:62:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907:NO#A1
- Organización Internacional del Trabajo. (1944). *Declaracion de Filadelfia*. <https://www.ilo.org/legacy/spanish/inwork/cb-policy-guide/declaraciondefiladelfia1944.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo - OIT. (2004). *Trabajo sin riesgo*. 31.
- Organización Mundial de la Salud. (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2000). *Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe*. https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- Ortún Rubio, V. (1990). *La Economía en Sanidad y Medicina: Instrumentos y limitaciones. En, Mercado y Planificación en Sanidad*. La Llar del Llibre.
- Palermo, V. (1988). *Neuquén, la creación de una sociedad* (Vol. 212). Centro Editor de América Latina.
- Pallarés-Mollins, E. (2012). *Psicología del amor. Para comprender mejor esta fortaleza humana 2012*. (Ediciones Mensajero).

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

- Palley, T. I. (2014). Economía y economía política de friedman: Una crítica desde el viejo keynesianismo. *Investigación Económica*, 73(288), 3-37. [https://doi.org/10.1016/S0185-1667\(14\)70917-8](https://doi.org/10.1016/S0185-1667(14)70917-8)
- Palomino, H. (2005). *Los sindicatos y los movimientos sociales emergentes del colapso neoliberal en Argentina*. En: De la Garza Toledo, Enrique (compilador) *Sindicatos y nuevos movimientos sociales en América Latina*. CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/sindi/palomino.pdf>
- Pautassi, L. C. (2006). *El empleo en salud en la Argentina. La sinergia entre calidad del empleo y calidad de la atención*. En: Rico, M. y Marco, F. (comp.) *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Siglo veintiuno editores Argentina.
- Peralta, N., Godoi Vasconcelos, A. G., Härter Griep, R., & Miller, L. (2012). Validez y confiabilidad del Índice de Capacidad para el Trabajo en trabajadores del primer nivel de atención de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 8, 163-173. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000200005>
- Platón. (1977). *República* (9° edición). Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Poder Ejecutivo de Neuquén. (1997). *Decreto reglamentario 3785 de la Ley 2207 (Investigaciones biomédicas)*. <https://bioetica.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/03/Decreto-reglamentario-3785-de-la-Ley-2207.pdf>
- Poder Ejecutivo de Neuquén. (2016). *Decreto N° 345-2016 – Incremento Aportes y Contribuciones – Contaduría General de la Provincia del Neuquén*. <https://www.contadurianeuenen.gob.ar/decreto-no-0345-2016-incremento-aportes-y-contribuciones/>
- Poder Judicial de Neuquén. (1993). *Ley provincial N° 2025 Reforma del Estado. Jubilaciones y retiros voluntarios*. <http://200.70.33.130/index.php/normativas-provinciales/leyes-provinciales/1299>
- Poder Judicial de Neuquén. (2019). *Ley provincial N° 611 Creación del Instituto de Seguridad Social del Neuquén—Texto ordenado*. <http://200.70.33.130/images2/Biblioteca/611-TO-NoOficial.pdf>
- Poder Legislativo Nacional. (1994). *Constitución Nacional Argentina, Ley N° 24430*.
- Prov. de Neuquén. (1958). *Estatuto del personal civil de la administración pública de la Provincia del Neuquén (E.P.C.A.P.P.)*. Disponible en: <http://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2012/09/Epcapp.pdf>
- Rafart, G. (2021). *el MPN y los otros. Partidos y elecciones en Neuquén, 1983 a 2019*. Publifadecs.
- Ramazzini, B., & Bermúdez, A. M. (2012). *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores: Traducción comentada de la obra «De morbis artificum diatriba» de Bernardino Ramazzini, s. XVIII*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo Asociación Instituto Técnico de Prevención.
- Renaud, L., Kishchuk, N., Juneau, M., Nigam, A., Téreault, K., & Leblanc, M.-C. (2008). Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 99(1), 73-77.
- Restrepo, H & Malaga, H. (2001). *Promoción de la salud. Como construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana.
- Rifkin, J. (2010). *El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: El nacimiento de una nueva era*. Paidós.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

Riphahn, R. T. (1999). Disability Retirement among German Men in the 1980s. *ILR Review*, 52(4), 628-647. <https://doi.org/10.1177/001979399905200407>

Robles, A. P. (2015). *Historia del movimiento obrero argentino*. 95.

Robroek, S. J., van Lenthe, F. J., van Empelen, P., & Burdorf, A. (2009). Determinants of participation in worksite health promotion programmes: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-26>

Rodríguez, C. A. (2005). *La salud de los trabajadores: Contribuciones para una asignatura pendiente*. Superintendencia de Riesgo de Trabajo.

Rodríguez, C. A. (2009). *Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: Una oportunidad para mejorar las condiciones y el medioambiente de trabajo*. Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Rovere, M. (1993). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. O.P.S.

Rovere, M. (2000). *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: Los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Instituto de la Salud «Juan Lazarte».

Rovere, M. (2017, octubre 27). La salud de los trabajadores de la salud. *Revista Soberanía Sanitaria*. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/la-salud-de-los-trabajadores-de-la-salud/>

Schmälzle, M., Wetzel, M., & Huxhold, O. (2019). Pathways to retirement: Are they related to patterns of short- and long-term subjective well-being? *Social Science Research*, 77, 214-229. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.10.006>

Secretaría de Seguridad Social (SSS). (1981). *Resolucion 363/81 Adhesión a convenios de reciprocidad en Seguridad Social*. https://www.cajaforense.org.ar/documentos/1-Resolucion_363-81.pdf

Sennet, R. (2018). *El artesano* (séptima). Anagrama.

Solem, P. E., & Øverbye, E. (2004). *Norway: Still high employment among older workers. In: Ageing and the transition to retirement. A comparative analysis of european welfare states*. Taylor & Francis Group.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Spinelli, H. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. O.P.S.

Spinelli, H. (2018). Máquinas y arte-sanos. *Salud Colectiva*, 483-512. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1823>

Stattin, M. (2005). Retirement on grounds of ill health. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 135-140. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.015669>

Superintendencia de Riesgos de Trabajo. (2015). *Resolución N° 905/2015*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/246509/norma.htm>

Testa, M. (2014). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.

Manoukian D. Salud de los trabajadores de salud: estudio de las relaciones entre trabajo, salud y jubilaciones por invalidez de los trabajadores de salud del sector público neuquino. Tesis para postular al doctorado en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, 2023.

Testa, M. (2019). Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores. *Cuadernos del ISCo*. <https://doi.org/10.18294/9789874937384>

Urquía, M. L. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. EDUNLa.

Vega, I. E. P., Torres, D. M. Z., Mora, P., & Sánchez, A. I. M. (2012). La participación de los trabajadores esencia para la promoción de la salud en los lugares de trabajo. *Movimiento Científico*, 6(1), 144-157. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.%x>

Veronelli, J. C., & Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina—Tomo 2*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3477/argentina-salud-publica-historia-tomo2.pdf?sequence=1>

Waitzkin, H., & Waterman, B. (1981). *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*. Editorial Nueva Imagen.

Weber, M. (2001). *La ética protestante y el «espíritu» del capitalismo*. Alianza Editorial. <https://www.departamentoesteticas.com/SEM%20PDF/2020/TXTs/Weber%20Max%20-%20La%20Etica%20Protestante%20Y%20El%20Espiritu%20Del%20Capitalismo.pdf>

Wetzel, M., & Mahne, K. (2016). Out of society? Retirement affects perceived social exclusion in Germany. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 49(4), 327-334. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1036-y>

World Health Organization. (1998). *The Health-Promoting Workplace: Making it Happen*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64220/WHO_HPR_HEP_98.9.pdf;jsessionid=EA65DEA019BA0EF286856818150517D?sequence=1

World Health Organization, Europe. (2006). *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf

Zen, E. T., & Sgarbi, A. D. (2018). Trabajo, alienación y emancipación humana en Marx: Fundamentos ontológicos en la formación del ser social. *Educere*, 23(75), 379-392.