

Calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes

Genís Cervantes Ortega^{a,b}, Josep Maria Blanch Ribas^c, Diana Hermoso Lloret^{c,d}

Recibido: 23 de enero de 2010
Aceptado: 19 de octubre de 2010

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes atendiendo a las valoraciones por el personal de las condiciones de trabajo y del clima sociolaboral en su centro.

Método. Se aplicó un cuestionario incluyendo escalas de condiciones de trabajo y de clima sociolaboral en tres estudios transversales independientes a personal empleado en centros asistenciales de salud catalanes. En el primero (2003) y el tercero (2008), la investigación fue realizada en un mismo centro hospitalario. En el segundo (2006), la encuesta se pasó a otros 18 centros (hospitalarios y sociosanitarios) pertenecientes, como el anterior, a la XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública de Cataluña). En conjunto, respondieron el cuestionario 2033 personas. El muestreo del primer estudio fue aleatorio y estratificado y el de los otros dos de conveniencia. Las muestras primera y tercera fueron homogéneas en cuanto a características personales y laborales generales. La segunda incluyó un mayor porcentaje de mujeres-enfermeras, más presentes en centros sociosanitarios.

Resultados. En una escala de 0 a 10, la muestra total valoró con una media de 6 las condiciones de trabajo y de 6,5 el clima sociolaboral. Del primer estudio al tercero, las puntuaciones medias en ambas escalas tendieron a bajar y la presión asistencial percibida a subir.

Conclusiones. La calidad de vida laboral en los centros de salud evaluados mantuvo un nivel moderadamente aceptable pero tendiendo al empeoramiento en los años evaluados, posiblemente por el crecimiento de la presión asistencial percibida.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida, condiciones de trabajo, riesgos laborales, personal de salud.

QUALITY OF WORKING LIFE IN CATALAN HEALTH CARE CENTERS

ABSTRACT

Objective. To assess the quality of working life in Catalan health care centers as self-reported by staff through their evaluation of working conditions and social climate at work.

Method. A questionnaire that included scales assessing working conditions and social climate was administered in three separate cross-sectional waves to personnel employed in Catalan health care centers. In the first (2003) and third (2008)

a Servicio de Prevención de Riesgos Laborales,
Consorti Sanitari de l'Alt Penedès.
b Corporació de Salut del Maresme i la Selva.
c Departamento de Psicología Social,
Universidad Autónoma de Barcelona.
d Auditora, Full-Audit.

Correspondencia:
Genís Cervantes i Ortega
Consorti Sanitari de l'Alt Penedès
Espirall s/n
08720 Vilafranca del Penedès, Barcelona.
Tf: 93 818 04 40
gcervantes@csap.cat

* Este trabajo obtuvo *ex aequo* el XXI Premio LaborSalus de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball al mejor trabajo de investigación en salud laboral de 2009

* Financiación: Ministerio Educación y Ciencia (ref SEJ2007-63686/PSIC)

waves, the survey was conducted in the same hospital. The second survey (2006) was conducted in 18 health centers of the XHUP (Public Use Hospital Network of Catalonia). Overall, 2033 people answered the questionnaire. The first study sample was random and stratified and the other two were convenience samples. The first and third samples were homogeneous with respect to general census characteristics. The second sample included a higher percentage of women-nurses, and a greater presence of social-health care centers.

Results. Overall, on a scale of 0 to 10, the average scores for working conditions and social climate at work were 6 and 6.5, respectively. From the first to the third study, mean scores on both scales showed a decreasing trend, while perceived workload tended to increase.

Conclusions. The quality of working life in participating health centers shows a moderately acceptable level, but seems to be decreasing over the study time period, possibly related to the perceived increase in workload.

KEYWORDS: quality of life, working conditions, occupational risks, health personnel.

INTRODUCCIÓN

En los últimos decenios se está produciendo una reestructuración flexible de los entornos de trabajo, acompañada de una redefinición de la cultura laboral en todo tipo de organizaciones¹. Esta dinámica de cambio, que afecta también los centros sanitarios y del sistemas de salud, viene impulsada por organismos como el Banco Mundial²⁻³, que orienta y condiciona las políticas a escala global impulsadas por la Organización Mundial de la Salud. Según esta orientación, la reforma del sector de la salud se debe que inscribir en el marco de una “modernización” de los servicios públicos, que comporta una profesionalización de la gestión, una desburocratización y una reducción del crónico déficit financiero mediante un incremento de la eficiencia, la productividad, la competitividad y la rentabilidad, la planificación de objetivos estratégicos y la evaluación de los resultados, la aplicación de indicadores de coste-beneficio, una cierta flexibilización y desregulación de las relaciones laborales y una firme apuesta por la “calidad” y la “excelencia” de la organización, así como por la innovación tecnológica. Todo esto de cara a responder con garantías de efectividad la incesante demanda de asistencia por usuarios-pacientes cada vez más informados y conscientes de sus “derechos” y dispuestos a ejercer el rol de “clientes insatisfechos” y exigentes. En estas circunstancias, se ha dado a menudo por supuesto que el modelo de organización y gestión de una empresa privada es más idóneo que el del tradicional sector público⁴⁻⁵. Estos nuevos modelos de organización y gestión empresarial de sistemas, centros y servicios sanitarios se han implantado a escala global, con características localmente diferenciadas, según la forma vigente de articulación entre mercado, sociedad y estado. El *New Management* sanitario impacta positivamente en la organización, en la calidad de vida laboral y en la del servicio prestado, teniendo también efectos colaterales en todos estos ámbitos⁶⁻⁷.

Esto se explica por el hecho de que la *gerencialización* de la asistencia sanitaria comporta una transformación, a veces tensa y conflictiva, de aspectos relevantes de las condiciones de trabajo y de la cultura organizacional, así como de los valores, la ética y la deontología de los colectivos profesionales implicados⁸⁻⁹. En este contexto, muchos profesionales reciben demandas contradictorias por su doble rol, por un lado como empleados de una empresa que hace cál-

culo económico de coste-beneficio y por otro como profesionales con un determinado código ético y deontológico y un marcado espíritu humanista y de servicio¹⁰. Esta experiencia de trabajo en hospitales (re)organizados empresarialmente ha dado lugar a nuevas maneras de pensar, sentir y practicar la profesión¹¹.

Durante la última década, ha aumentado el interés por analizar cómo estas nuevas prácticas de organización y de gestión del trabajo afectan la salud de los profesionales de la sanidad, cómo éstos afrontan individual y colectivamente su nuevo entorno laboral, cómo esto afecta su calidad de vida laboral, su experiencia profesional, su grado de bienestar en el trabajo y su percepción de la calidad de la asistencia que hacen y cómo su trabajo contribuye al bienestar individual y a la calidad de vida de la población atendida⁷⁻¹²⁻¹³. En este contexto, el objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de vida laboral en un conjunto de centros asistenciales de salud catalanes, atendiendo a las valoraciones por el personal de las condiciones de trabajo y del clima social de su centro.

MÉTODO

Muestra y periodos de análisis

Entre 2003 y 2008 se realizaron tres estudios transversales independientes, teniendo como objeto la calidad de vida laboral de personal empleado en centros asistenciales de salud catalanes integrados a la Red XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública) de las provincias de Barcelona y Girona. En el primero (2003) y el tercero (2008), la investigación se realizó en un mismo centro hospitalario (Hospital Central). En el segundo (2006), la encuesta se pasó a otros 18 centros de la misma red. Del conjunto de estos 19 centros, 4 son de atención hospitalaria, 4 de atención socio sanitaria, 4 de salud mental, 6 de atención primaria y uno de administración y gestión.

El muestreo del primer estudio fue de tipo aleatorio y estratificado (por profesión, turno y antigüedad en el centro). En los otros dos casos el muestreo fue no probabilístico. No obstante, la primera y la tercera muestras fueron homogéneas en cuanto a características generales personales y laborales de los participantes (sexo, edad, profesión, turno y antigüedad) y también lo fueron en relación con la pobla-

Tabla 1. Conceptos e ítems considerados en las escalas utilizadas para valorar la calidad de las condiciones de trabajo y del clima sociolaboral^{14,15}.

Escala y definición	Ítems
Condiciones de Trabajo: conjunto de circunstancias en el marco de las cuales se trabaja y que inciden especialmente sobre la calidad de vida laboral, la salud y el bienestar psicológico de las personas trabajadoras, sobre su motivación y satisfacción por el trabajo, su implicación en el mismo y su experiencia profesional, así como sobre la dinámica general de las relaciones laborales	Seguridad y salud Instalaciones y equipamientos Entorno físico Servicios (limpieza, mantenimiento, etc.) Tiempo de trabajo (horarios, pausas, etc.) Remuneración Tipo de contrato Carga de trabajo Estabilidad laboral Conciliación trabajo-familia Organización Formación Promoción Participación
Clima sociolaboral: Conjunto de propiedades objetivas y percibidas del ambiente sociolaboral que explica y predice procesos como rendimiento, productividad, absentismo y presentismo, rotación, conflictividad, satisfacción, calidad de vida laboral o eficacia y eficiencia organizacionales.	Compañerismo Relaciones con dirección Apoyo por iguales Apoyo por dirección Reconocimiento por colegas Evaluación del rendimiento profesional Autonomía e iniciativa Igualdad y justicia (en contratación, remuneración, promoción, etc.)

ción de referencia. La segunda se diferenció ligeramente de las otras por un porcentaje más alto de mujeres-enfermeras, que constituyen la mayor parte del personal empleado en los centros sociosanitarios, que tienen una presencia significativa en este segundo estudio.

Instrumento

El cuestionario aplicado incluyó, entre otros contenidos, sendas escalas de *condiciones de trabajo* (14 ítems) y de *clima sociolaboral* (8 ítems), cuyas características principales se describen en otras publicaciones¹⁴⁻¹⁵. Cada ítem se refería a un concepto que se valoraba en una escala continua entre 0 (valoración pésima) y 10 (valoración óptima). Las características de estas escalas se resumen en la Tabla 1.

Procedimiento

La fase preliminar de la investigación se realizó en 2002 cuando, después de una revisión bibliográfica, se hizo una entrevista semiestructurada a 39 personas representativas de los distintos sectores laborales del Hospital Central que proporcionó el material de base para el diseño del cuestionario aplicado por primera vez en el estudio de 2003. Previamente a la realización del trabajo de campo, se informó desde cada centro de la realización de una encuesta sobre *calidad de vida laboral*. En todos los estudios, el cuestionario fue distribuido de forma personalizada, a partir de mandos de cada unidad y servicio, y su recogida se hizo en urnas dispuestas en

las entradas principales de los centros de salud o en los vestuarios.

En todos los estudios, se garantizó la confidencialidad de los datos recogidos y el anonimato de las personas encuestadas (que participaron con consentimiento informado y de manera libre y voluntaria en la investigación), así como el de los centros correspondientes.

RESULTADOS

Las 2033 personas que participaron en el estudio constituyeron algo más de la mitad de la población que trabajaba en los centros incluidos (Tabla 2). De este total de participantes, 56% trabajaba en atención hospitalaria, el 10% en atención primaria, el 11% en atención socio sanitaria, el 15% en salud mental y el 8% en administración/gestión sanitaria. La distribución por género entre las diferentes categorías profesionales no resultó homogénea, siendo más frecuente la proporción de hombres en la división médica, y mucho más frecuente la presencia de mujeres en las divisiones de administración y otros servicios, y muy especialmente en la de enfermería. El 59% de las personas encuestadas tenía menos de 40 años. Un 14% de ellas tenía experiencia en dirección o mando. El 67% disfrutaba de un contrato indefinido y el resto lo tenía temporal. El 35% llevaba menos de cinco años en el trabajo, el 24% entre 5 y 10 y el 41% más de 10.

El conjunto de la muestra valoró con una media en torno a 6 sobre 10 las condiciones de trabajo y a 6,5 sobre 10

Tabla 2. Tamaño de la población y de las muestras incluidas en los tres cortes transversales del presente estudio y total.

Período	Población	Muestra
2003	420	130
2006	3093	167
2008	475	226
Total	3988	2033

el clima sociolaboral en su centro de trabajo. Estas puntuaciones medias tienden a disminuir entre el primer estudio y el tercero (Tabla 3), mientras que la presión asistencial percibida en este mismo periodo mostraba una tendencia al aumento.

Las puntuaciones medias más altas para las condiciones de trabajo y el clima sociolaboral se observaron en los centros de atención primaria, las más bajas en los centros de atención sociosanitaria y las intermedias en los centros hospitalarios, aunque estas diferencias por tipos de centro no son estadísticamente significativas.

Los datos del último estudio (2008) ponen de manifiesto puntuaciones superiores en la división de medicina (condiciones de trabajo CT 5,93; clima sociolaboral CSL: 6,37), mientras que la de enfermería hizo las valoraciones más bajas de las condiciones de trabajo (CT: 4,91; CSL: 5,74), y la división de administración presenta las peores valoraciones de clima sociolaboral (CT: 5,05; CSL: 5,29), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,003$). La división de medicina también valoró más positivamente que los otros sectores profesionales aspectos como compañerismo, apoyo y respeto entre iguales, así como el reconocimiento de la propia tarea por colegas. Por su parte, las personas trabajadoras de enfermería y administración compartieron bajas puntuaciones relativas a igualdad, justicia y reconocimiento de la tarea hecha. Enfermería hizo las valoraciones más desfavorables de la carga de trabajo, del tiempo disponible para hacer la tarea encomendada y de la estabilidad laboral. Administración puntuó especialmente bajo ítems como compañerismo y apoyo entre iguales. Estas diferencias se observaban también en términos generales en los dos cortes transversales previos.

Así mismo, en la muestra de 2008, al igual que en las previas, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones efectuadas por mujeres (CT: 5,21; CSL: 5,68) y hombres (CT: 5,58; CSL: 6,07) en ninguna de las dos escalas. La tendencia a puntuaciones más altas en los hombres se relacionan con la diferente distribución profesional por género en la muestra (medicina, enfermería, administración). Las trabajadoras valoraban de manera especialmente negativa la igualdad, la justicia, el reconocimiento de la tarea hecha y la estabilidad laboral, mientras que sus valoraciones fueron más positivas para la organización del trabajo, la formación recibida y la realización personal por el trabajo prestado. Los trabajadores varones valoraron más positivamente que las mujeres el compañerismo, el apoyo y respeto entre iguales, así como el reconocimiento de la tarea por colegas. Por su parte, el personal mayor de 40 años hizo valoraciones más favorables (CT: 5,68; CSL: 5,92) que el menor de 40 años (CT: 5,08; CSL: 5,80), siendo las diferencias significativas para la escala de condiciones de trabajo ($p=0,004$); en esta escala destacan las puntuaciones especialmente elevadas otorgadas a ítems como tipos y calidad del contrato y estabilidad laboral. En la muestra de 2008 (cómo en las previas) el personal de turno partido (CT: 5,71) y de mañana (CT: 5,73) puntuó más alto en la escala de condiciones de trabajo que el turno por la noche (CT: 5,02) y el incluido en la categoría de "otras situaciones" (corretorno, alterno, irregular, etc.: CT: 4,64). También en este caso las diferencias son estadísticamente significativas ($p<0,001$). El personal del turno de tarde (CT: 5,17) se situó en una posición intermedia.

En general, las puntuaciones a los distintos ítems que componen la escala de condiciones de trabajo tienden a situarse por encima de la media en los ítems referentes a características de este entorno (seguridad y salud, instalaciones y equipamientos, entorno físico, servicios), así como determinados aspectos de las condiciones contractuales (tipo y calidad de contrato, estabilidad laboral). Por el contrario, se suele valorar por debajo de la media de esta escala la estructura de oportunidades de desarrollo profesional en la organización (formación recibida, oportunidades de promoción profesional, vías de participación, organización del trabajo), así como determinadas condiciones contractuales (tiempos de trabajo, remuneración recibida, carga de trabajo, conciliación trabajo-familia).

En cuanto a los ítems que componen la escala de clima sociolaboral, destacan por encima de la media las puntua-

Tabla 3. Puntuación media y desviación estándar (DE) en las escalas de condiciones de trabajo y clima sociolaboral. Centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP), Cataluña 2003-2008.

Periodo estudio, centro(s) participante(s) (encuestados)	Escala condiciones de trabajo media (DE)	Escala clima sociolaboral media (DE)
2003, Hospital Central (n=130)	6,05 (1,42)	6,60 (1,54)
2006, 18 centros red XHUP (n=1677)	5,80 (1,56)	6,28 (1,91)
2008, Hospital Central (n=226)	5,29 (1,39)	5,76 (1,42)

ciones dadas al compañerismo, apoyo por iguales y reconocimiento por colegas, mientras que se encuentran por debajo de la media total de la escala las puntuaciones referidas a igualdad y justicia percibidas (en contratación, promoción, etc.), evaluación del rendimiento profesional por la entidad y apoyo recibido de la dirección. La Tabla 4 presenta las puntuaciones medias y desviaciones estándar de todos los ítems en la muestra de 2008.

Tabla 4. Puntuaciones media y desviación estándar (DE) en cada uno de los ítems de las escalas de condiciones de trabajo y clima sociolaboral. Hospital Central, Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP), Cataluña 2008.

Ítem	Media	SD
<i>Escala de condiciones de trabajo</i>		
Promoción profesional	3,50	2,32
Carga de trabajo	3,53	2,24
Participación	3,56	2,38
Remuneración	4,15	2,22
Formación	4,34	2,27
Tiempo de trabajo	4,84	2,33
Entorno físico	5,00	2,21
Compatibilidad trabajo-familia	5,02	2,61
Organización	5,15	2,29
Instalaciones y equipamientos	5,34	2,00
Salud y seguridad	5,64	1,92
Servicios	5,81	1,70
Tipo y calidad del contrato	6,12	2,48
Estabilidad laboral	6,53	2,73
<i>Escala de clima sociolaboral</i>		
Igualdad y justicia	4,60	2,54
Evaluación del rendimiento profesional	4,93	2,29
Apoyo por dirección	5,31	2,48
Autonomía e iniciativa	5,64	2,22
Relaciones con la dirección	5,78	2,39
Reconocimiento por colegas	6,36	2,01
Apoyo por iguales	6,61	2,01
Compañerismo	6,73	2,13

DISCUSIÓN

En los estudios sobre bienestar y calidad de vida¹⁶⁻¹⁸ es común asumir que las puntuaciones sobre una determinada escala (por ejemplo, de 0 a 10) son útiles para caracterizar el grado de satisfacción de un sujeto (individual o colectivo) respecto a un objeto, para comparar las valoraciones entre sujetos y para evaluar la evolución de esta satisfacción en el tiempo. Consideradas desde esta óptica, las puntuaciones en las escalas de condiciones de trabajo y clima sociolaboral obtenidas en este estudio sugieren en términos generales tres posicionamientos compartidos por la mayoría de los participantes: un nivel de satisfacción moderado en cuanto a la calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes, una cierta tendencia a valorar a la baja esta experiencia con el tiempo y una percepción del carácter emergente de un aspecto preocupante de las condiciones de trabajo: la presión asistencial. El análisis adicional pone también de manifiesto una valoración relativamente positiva de aspectos materiales y técnicos de las condiciones de trabajo, así como del ambiente social horizontal configurado por las relaciones interpersonales de trabajo entre colegas. Pero, en contrapartida, también aparecen reservas en relación con algunos aspectos generales de la organización del trabajo y una notable preocupación por la sobrecarga de trabajo y por su impacto en la actividad profesional y en la calidad del servicio.

Estos datos son congruentes con las conclusiones del “*Estudio de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en Cataluña*”¹², donde queda constancia, por una parte, de la visión crítica de los profesionales sobre el sesgo “economicista”, “cuantitativista” y “rentabilista” de las políticas definidas desde una concepción gerencial y administrativa del sistema y, por otra, de la alta preocupación de los profesionales por el impacto negativo de la presión asistencial en el funcionamiento del mismo sistema. Estas conclusiones coinciden también en términos globales con las derivadas del avance de resultados de una investigación iberoamericana sobre el tema⁷. En lo relativo a la percepción de los efectos perversos de la presión asistencial en tanto que factor de riesgo psicosocial, nuestros resultados son también coincidentes con los que aporta la tradición de investigación sobre el *burnout* en las profesiones de servicio, especialmente en el ámbito sanitario¹⁹⁻²².

Esta nota dominante de la consideración de la presión asistencial como un factor de deterioro de la calidad de vida en el trabajo se inscribe en la línea de lo que constatan el tercero y el cuarto informes europeos sobre las condiciones de vida y de trabajo a propósito de la “intensificación” del trabajo²³⁻²⁵, un concepto referido en otros trabajos como *work pressure*²⁶, *work intensity*²⁷, *work intensification*²⁸⁻²⁹ o *attendance-pressure*³⁰.

Todo ello indica que el riesgo de desgaste psicológico pero también que la capacidad de contención percibido y atribuido a la presión asistencial podría estar parcialmente compensado por el relativamente buen clima sociolaboral percibido en general en los centros, en las divisiones y dentro de los grupos de trabajo. Pero también que la capacidad de contención de este factor podría ser limitada, puesto que el personal reconoce y lamenta –en preguntas abiertas plan-

teadas en el mismo cuestionario y en entrevistas y sesiones de grupos focales realizadas en el marco de la investigación general⁷- que la misma presión asistencial no sólo dificulta a los profesionales el dar un trato adecuado a los pacientes (lo cual limita el sentimiento de “realización profesional” y la conciencia ética de “hacer bien” el trabajo), sino que también resta tiempo y oportunidades para mantener la armonía en las relaciones entre colegas. Así, un aumento de la presión asistencial puede dar lugar a una espiral viciosa de desgaste psicológico del personal y de deterioro de la calidad del servicio y de la excelencia organizacional.

La presión asistencial no es un fenómeno exclusivo del Hospital Central ni de los centros sanitarios catalanes objeto del presente estudio, sino que forma parte de una tendencia europea y global, especialmente acentuada en el ámbito sanitario, como consecuencia de las presiones económicas sobre las políticas de salud³¹. Este encadenamiento a las reglas del mercado³² (y a su lógica de la eficiencia, la productividad, la competitividad y la rentabilidad) representa, desde cierta perspectiva, un riesgo para la salud del profesional³³ y una amenaza tanto para la calidad de vida laboral del personal como para la efectividad y la eficiencia del propio sistema sanitario del país.

Entre las limitaciones del presente estudio cabe mencionar el carácter eminentemente descriptivo y transversal de la información y el enfoque exploratorio en algunos de los aspectos estudiados. Sus datos no aportan información sobre el impacto a medio y largo plazo de la presión asistencial, no permiten considerar ni su potencial papel en el afrontamiento de los procesos de presión asistencial y se limitan a valorar aspectos puramente profesionales, sin información sobre otros aspectos vitales (personal, familiar, social) interrelacionados con aquéllos. Por último, los datos analizados tienen un cierto carácter local, ya que toda la información procede de 19 centros de salud de los entornos de Barcelona y de Girona pertenecientes a la red XHUP que, en el mejor de los casos, pueden ser considerados representativos sólo de los del conjunto de esta red.

Los resultados de este estudio abonan la tesis de que el actual proceso de reestructuración empresarial de la asistencia sanitaria a escala global y local impacta no sólo en la organización del trabajo en centros de salud catalanes, sino también en la calidad de la vida laboral del personal que trabaja en ellos. Esto implica la necesidad de evaluar las políticas empresariales implementadas teniendo en cuenta no sólo indicadores como los de eficiencia y productividad, sino también los potenciales efectos psicosociales colaterales de la presión asistencial en el personal. Así mismo, hay que considerar la espiral viciosa que puede derivar de un trabajo hecho bajo una presión excesiva sobre la calidad del servicio prestado y, en último término, sobre la del mismo sistema sanitario.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas trabajadoras de los 19 centros de salud evaluados, a sus direcciones y a sus delegados de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper CL, Robertson IT, editors. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Vol.19. Chichester: John Wiley & Sons; 2004.
2. World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
3. World Bank. *Las prioridades de la salud*. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento - Banco Mundial; 2006.
4. Fort M, Mercer MA, Gish O. *Sickness & Wealth: The Corporate Assault on Global Health*. Cambridge Massachusetts: South End; 2005.
5. Berridge V, Loughlin K. *Medicine, the Market & Mass Media: Producing Health in the 20th C*. New York: Routledge; 2004.
6. Blanch JM, Cantera L. La doble cara de la mercantilización de servicios públicos universitarios y hospitalarios. In: Álvaro JL, Agulló E, Medina R, editors. *Trabajo, organizaciones y recursos humanos en el siglo XXI. Nuevos avances y perspectivas*. Oviedo: Ediuño; 2010 [en prensa].
7. Blanch JM, Stecher A. La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana. In: Wittke T, Melogno P, editors. *Psicología y organización del trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. Montevideo: Psicolibros; 2009. p.191-209.
8. Greenberg DS. *Science, Money and Politics: Political Triumph and Ethical Erosion*. Chicago: University of Chicago Press; 2003.
9. Kassirer JP. *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. New York: Oxford University Press; 2004.
10. Bartlett D. L, Steele J. B. *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business and Bad Medicine*. New York: Doubleday; 2004.
11. Waitzkin H. *At the Front Lines of Medicine: How the Health Care System Alienates Doctors and Mistreats Patients...and What We Can Do About It*. New York: Rowman & Littlefield; 2003.
12. Íñiguez L, Sánchez-Candamio M. Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. *Resum Executiu*. UAB- Direcció General de Planificació i Avaluació- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2007.
13. Homedes N, Ugalde A. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(3):202-209.
14. Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Cuestionario de Bienestar Laboral General: Estructura y Propiedades Psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2010 [en prensa].
15. Blanch JM, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Estructura factorial de la Escala de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 2010 [en prensa].
16. Abdallah S, Thompson S, Michaelson J, Marks N, Steuer N. *The Happy Planet Index 2.0*. London: New Economics Foundation; 2009.
17. Walker SR, Rosser RM, editors. *Quality of Life: assessment and application*. Lancaster: MTP; 1988. p. 51-77.
18. Van Laar D, Edwards J, Easton S. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *J Adv Nurs*. 2007; 60(3):325-333.
19. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. *Job Burnout*. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 397-422.

20. Rodríguez FJ, Blanco MA, Isaa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36:442-447.
21. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit*. 2005; 19: 463-470.
22. Gil-Monte P, Moreno-Jiménez B, editors. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007.
23. Paoli P, Merllié D. Third European survey on working conditions 2000, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities/ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2001.
24. Parent-Thirion A, Fernández E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2007.
25. Weiler A. Quality of work and employment 2006. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2006.
26. Gallie D. Work Pressure in Europe 1996-2001: Trends and Determinants. *Br J Ind Relat*. 2005; 43 (3): 351 – 375.
27. Fairris D. Towards a theory of work intensity. *East Econ J*. 2004; 30 (4): 587-601.
28. Askenazi PH. Shorter work time, hours flexibility and work intensification. *East Econ J*. 2004; 30 (4): 603-614.
29. Green F, McIntosh S. The intensification of work in Europe. *Labour Econ*. 2001; 291-398.
30. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness Presenteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and an Outline of a Model for Research. *J Occup Environ Med*. 2005; 47(9):958-966.
31. Doyal L, Pennell I. *The Political Economy of Health*. Boston: South End; 1989.
32. Lindorff D. *Marketplace Medicine: The Rise of the For-Profit Hospital Chains*. New York: Bantam; 1992.
33. Navarro V. *Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care*. New York: Monthly Review; 1993.

Exposición laboral a campos electromagnéticos y a radiaciones ópticas

21 – 25 de marzo de 2011, Saariselkä (Finlandia)

Información:

Annika Bärlund, NIVA, Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki, Finlandia.

Tel.: +358 30 474 2333

E-mail: annika.barlund@ttl.fi

<http://www.niva.org>

Riesgos asociados a las nanopartículas y a los nanomateriales. Conferencia de 2011 del INRS sobre investigación en seguridad y salud en el trabajo

5 – 7 de abril de 2011, Nancy (Francia)

Información:

E-mail: nano2011@inrs.fr

<http://www.inrs-nano2011.fr>