

Qualitat de vida laboral en centres assistencials de salut catalans

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

Rebut: 23 de gener de 2010
Acceptat 19 d'octubre de 2010

RESUM

Objectiu. Avaluar la qualitat de vida laboral a centres assistencials de salut catalans atenent a les valoracions que fa el personal de les condicions de treball i del clima social a la seva feina.

Mètode. Un qüestionari incloent escales de *condicions de treball* i de *clima sociolaboral* fou aplicat, en tres estudis transversals independents, a personal empleat en centres assistencials de salut catalans. En el primer (2003) i el tercer (2008), la recerca fou realitzada en un mateix centre hospitalari. En el segon (2006), l'enquesta es passa a uns altres 18 centres (hospitalaris i sociosanitaris) pertanyents, com l'anterior, a la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública). En conjunt, van respondre el qüestionari 2033 persones. El mostreig del primer estudi fou aleatori i estratificat i el dels altres dos de conveniència. Les mostres primera i tercera foren homogènies en característiques censals generals. La segona inclogué un percentatge més alt de dones-infermeres, més presents en centres sociosanitaris.

Resultats. En una escala de 0 a 10, la mostra global va valorar amb una mitjana a l'entorn de 6 les *condicions de treball* i de 6,5 el *clima sociolaboral*. Del primer estudi al tercer, les puntuacions mitjanes en ambdues escales van tendir a baixar i la pressió assistencial percebuda a pujar.

Conclusions. La qualitat de vida laboral als centres de salut avaluats va mantenir un nivell moderadament acceptable, corrent un risc d'empitjorar, pel creixement de la pressió assistencial percebuda. Això té implicacions en matèria de prevenció de riscos laborals.

PARAULES CLAU: qualitat de vida, condicions de treball, riscos laborals, personal sanitari.

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 Servei de Prevenció de Riscos Laborals del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès.

b Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

c Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona

d Auditora, Full-Audit.

Correspondencia:

Genís Cervantes i Ortega

Consorci Sanitari de l'Alt Penedès

Espirall s/n

08720 Vilafranca del Penedès, Barcelona.

Tf: 93 818 04 40

gcervantes@csap.cat

* Treball premiat *ex aequo* amb el XXI Premi LaborSalus de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball al millor treball de recerca en salut 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.

INTRODUCCIÓ

En els darrers decennis, s'està produint una reestructuració flexible dels entorns de treball, acompanyada d'una redefinició de cultura de tota mena d'organitzacions laborals¹, prenent com a base de referència el model empresarial. Aquesta dinàmica de canvi, que afecta també tota mena de sistemes de salut i de centres sanitaris, ve impulsada per organismes com el Banc Mundial^{2,3} que orienta i condiona les polítiques a escala global impulsades per l'*Organització Mundial de la Salut*. Segons aquesta orientació, la reforma del sector de la salut s'ha d'inscriure en el marc d'una "modernització" dels serveis públics, que comporta una professionalització de la gestió, una desburocratització i una reducció del crònic dèficit financer mitjançant un increment de l'eficiència, la productivitat, la competitivitat i la rendibilitat, la planificació d'objectius estratègics i l'avaluació dels resultats, l'aplicació d'indicadors de cost-benefici, una certa flexibilització i desregulació de les relacions laborals i una ferma aposta per la "qualitat" i l'"excel·lència" de l'organització, així com per la innovació tecnològica. Tot això de cara a respondre amb garanties d'efectivitat la incessant demanda d'assistència per usuaris-pacients cada cop més informats i conscients dels seus "drets" i disposats a exercir el rol de "clients insatsfets" i exigents. En aquestes circumstàncies, s'ha donat sovint per suposat que el model d'organització i gestió d'una empresa privada és més idoni que el del tradicional sector públic^{4,5}.

Aquests nous models d'organització i gestió empresarial de sistemes, centres i serveis sanitaris s'han implantat a escala global, amb característiques localment diferenciades, segons la forma vigent d'articulació entre mercat, societat i estat. El *New Management* sanitari impacta positivament en l'organització, en la qualitat de vida laboral i en la del servei prestat, tenint també efectes col·laterals en tots aquests àmbits^{6,7}.

Això s'explica pel fet que la gerencialització de l'assistència sanitària comporta una transformació, a vegades tensa i conflictiva, d'aspectes rellevants de les condicions de treball i de la cultura organitzacional, dels valors, l'ètica i la deontologia respectius dels col·lectius professionals implicats^{8,9}. En aquest context, molts professionals reben demandes contradictòries pel seu doble rol d'una banda com empleats d'una empresa que fa càlcul econòmic de cost-benefici i d'altra, com a professionals d'un ofici amb un determinat codi ètic i deontològic i un marcat esperit humanis-

ta i de servei¹⁰. Aquesta experiència de treball en hospitals (re)organitzats empresarialment ha donat lloc a noves maneres de pensar, sentir i practicar la professió¹¹.

Durant l'última dècada, ha augmentat l'interès en la comprensió de com aquestes noves pràctiques d'organització i de gestió del treball afecten la salut dels professionals de la sanitat, de com aquests afronten individualment i col·lectivament el seu nou entorn laboral, de com això afecta la seva qualitat de vida laboral, la seva experiència professional, el seu grau de benestar en el treball, la seva percepció de la qualitat de l'assistència que fan i, en darrer terme, de com la seva feina contribueix al benestar individual i a la qualitat de vida de la mateixa població atesa^{7,12-13}. En aquest context, l'objectiu del present estudi és avaluar la qualitat de vida laboral en un conjunt de centres assistencials de salut catalans atenent a les valoracions pel personal de les condicions de treball i del clima social a la seva feina.

MÈTODES

Mostra i períodes d'anàlisi

Entre 2003 i 2008, es van realitzar tres estudis transversals independents, tenint com objecte la qualitat de vida laboral de personal empleat en centres assistencials de salut catalans integrats a la Xarxa XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública) de les províncies de Barcelona i Girona. En el primer (2003) i el tercer (2008), la recerca fou realitzada en un mateix centre hospitalari -en direm l'Hospital Central (HC)-. En el segon (2006), l'enquesta es passa a uns altres 18 centres d'aquella xarxa. Del conjunt d'aquests 19 centres, 4 són d'atenció hospitalària, 4 de sociosanitària, 4 de salut mental, 6 de primària i 1 d'administració i gestió.

El mostreig del primer estudi fou de tipus aleatori i estratificat (per professió, torn i antiguitat al centre) i el dels altres no probabilístic i ocasional. Això no obstant, la primera i la tercera mostres foren homogènies pel que fa a les característiques censals principals (sexe, edat, professió, torn i antiguitat) i també ho foren en relació amb la població de referència. La segona es diferencià lleugerament de les altres per un percentatge més alt de dones-infermeres, que constitueixen la major part del personal empleat als centres socio-sanitaris, els quals tenen una presència significativa a l'estudi 2. Les tres mostres són homogènies pel que fa a categories

Taula 1. Conceptes i ítems inclosos en les escales utilitzades per a valorar la qualitat de les condicions de treball y del clima sociolaboral^{14,15}.

Escala i concepte	Ítems
Condicions de Treball: conjunt de circumstàncies en el marc de les quals es treballa i que incideixen especialment sobre la qualitat de vida laboral i la salut i el benestar psicològic de les persones treballadores, sobre la seva motivació i satisfacció pel treball, la seva implicació en la feina i la seva experiència professional, així com sobre la dinàmica general de les relacions laborals.	Seguretat i Salut Instal·lacions i equipaments Entorn físic Serveis (neteja, manteniment, etc.) Temps de treball (horaris, pauses, etc.) Remuneració Tipus de contracte Càrrega de treball Estabilitat laboral Conciliació feina- família Organització Promoció Participació
Clima sociolaboral: conjunt de propietats objectives i percebudes de l'ambient sociolaboral que explica i prediu processos com rendiment, productivitat, absentisme i presentisme, rotació, conflictitat, satisfacció, qualitat de vida laboral o eficàcia i eficiència organitzacionals.	Companyerisme Relacions amb direcció Suport per iguals Recolzament per càrrecs Reconeixement per col·legues Avaluació del rendiment professional Autonomia i iniciativa Igualtat i justícia (contractació, remuneració, promoció, etc.)

professionals i a tipus d'assistència i també ho són, en termes generals, en relació a la població de referència de la XHUP.

Instrument

El qüestionari aplicat inclogué, entre altres components, unes escales de *condicions de treball* i de *clima sociolaboral*. La primera d'elles tenia 14 ítems i la segona 8. La valoració del concepte indicat per cada ítem s'estenia per un continu del 0 (valoració pèssima) al 10 (valoració òptima). Les característiques de les escales¹⁴⁻¹⁵ es resumeixen a la Taula 1.

Procediment

La fase preliminar de la recerca es realitzà al 2002 quan, després d'una revisió bibliogràfica, es feu una entrevista semi estructurada a 39 persones representatives dels diversos sectors laborals de l'HC, que proporcionà el material de base per al disseny del qüestionari que va ser aplicat per primera vegada a l'estudi de 2003. Prèviament a la realització del treball de camp, es va informar des de cada centre de la realització d'una *enquesta sobre qualitat de vida laboral*. En tots els estudis, el qüestionari fou distribuït de forma personalitzada, a partir de comandaments de cada unitat i servei, i la seva recollida es va fer en urnes disposades a les entrades principals dels centres de salut o als vestuaris. En tots els estudis es va garantir la confidencialitat de les dades recollides i l'anonimat de les persones enquestades (que van participar amb consentiment informat, de manera lliure i voluntària en la recerca), així com el dels centres que la van facilitar.

RESULTATS

Les 2033 persones que van participar en l'estudi foren una mica més de la meitat de la població que treballava als centres avaluats (Taula 2). Del conjunt de les persones participants a l'estudi, el 56% treballava a atenció hospitalària, el 10% a atenció primària, l'11,5% a atenció sociosanitària, el 15% a salut mental i el 8% a administració/gestió sanitària. El 78,5% de dones, i el 21,5% d'homes participants en el total de les tres mostres no van aparèixer repartits aleatòriament entre les diferents categories professionals, sinó amb uns biaixos concrets: un lleugerament major percentatge d'homes en la divisió mèdica, contrastant amb una freqüència molt més alta de dones en les divisions d'administració i d'altres serveis i molt especialment en la d'infermeria. El 59% de les persones enquestades tenia menys de 40 anys a l'hora de respondre el qüestionari. El 14% d'elles tenia experiència en direcció o comandament. El 67% gaudia d'un contracte indefinit i la resta en tenia un de temporal. El 35% portava menys de 5 anys a la feina, el 24% entre 5 i 10 i el 41% més de 10.

La mostra global valorà amb una mitjana a l'entorn de 6 sobre 10 les condicions de treball (CT) i de 6,5 sobre 10 el clima sociolaboral (CSL) en el centre (Taula 3). Mentre aquestes puntuacions mitjanes en ambdues escales mostren una tendència evolutiva de signe negatiu entre el primer estudi i el tercer, la pressió assistencial percebuda mostra una tendència de signe contrari.

L'atenció primària obtingué les puntuacions mitjanes més altes, la sociosanitària les més baixes i l'hospitalària les intermèdies. Però, considerades en conjunt, les diferen-

Taula 2. Població i mostres incloses en els tres talls transversals del estudi i totals

Període	Població	Mostra
2003	420	130
2006	3093	167
2008	475	226
Total	3988	2033

cies per tipus d'atenció no son estadísticament significatives. Més enllà de les diferències en les puntuacions a les mateixes escales entre els diferents períodes i mostres, o les constatables puntualment entre diferents categories de variables censals (professió, sexe, edat, torn, antiguitat, etc.), el que crida especialment l'atenció són unes remarcables tendències bàsiques de fons comunes, que es resumeixen i exemplifiquen en les puntuacions de la mostra de 2008. Efectivament, en aquesta com en les altres, la divisió de Medicina va puntuar més alt en les dues escales (CT: 5,93; CSL: 6,37), mentre que la d'Infermeria (CT: 4,91; CSL: 5,74) va fer les valoracions més baixes de les Condicions de Treball i la d'Administració (CT: 5,05; CSL: 5,29) les va fer del Clima Sociolaboral. Aquestes diferències inter-categorials pel que fa a la variable Divisió són estadísticament significatives ($p=0,003$). Globalment, en tots els tipus d'atenció, Medicina també valorà més positivament que els altres sectors professionals aspectes com *companyerisme*, suport i respecte entre iguals, així com el reconeixement de la pròpia tasca per col·legues. Infermeria i Administració van compartir baixes puntuacions relatives a igualtat, justícia i reconeixement de la tasca feta. Infermeria va fer les valoracions més desfavorables de la càrrega de treball, del temps disponible per fer la tasca encomanada i de l'estabilitat laboral. Administració va puntuar especialment baix ítems com *companyerisme* i suport entre iguals.

Així mateix, a la mostra de 2008, com a les altres, no apareixen diferències estadísticament significatives entre dones (CT: 5,21; CSL: 5,68) i homes (CT: 5,58; CSL: 6,07) en cap de les dues escales. Els indicis de puntuació més alta en els homes emmascaren la distribució asimètrica de dones i homes per sectors professionals, havent-hi més homes a medicina, que donà puntuacions més altes a ambdues escales, i més dones a infermeria i administració, que les van

puntuar més baix. Les dones van fer una valoració relativament negativa pel que fa a igualtat, justícia, reconeixement de la tasca feta i estabilitat laboral, que contrastà amb la seva valoració més positiva de l'organització del treball, de la formació rebuda i de la seva realització personal pel treball prestat. El conjunt dels homes de totes les mostres va valorar més positivament que el de les dones el *companyerisme*, el suport i respecte entre iguals, així com el reconeixement de la tasca per col·legues.

Per la seva part, el personal major de 40 anys (CT: 5,68; CSL: 5,92) va fer valoracions més altes que el que no arriba a aquesta edat (CT: 5,08; CSL: 5,80) en l'escala de Condicions de Treball ($p=0,004$), en la qual destaquen altes puntuacions a ítems com Tipus i qualitat del contracte i Estabilitat laboral. En aquesta mateixa mostra (com en les altres) el personal de torn partit (CT: 5,71) i de matí (CT: 5,73) puntuà més alt en l'escala de Condicions de Treball que el torn de nit (CT: 5,02) i el de la categoria "altres" (corretorn, altern, irregular, etc.: CT: 4,64). Les diferències són estadísticament significatives ($p<0,001$). El personal del torn de tarda (CT: 5,17) es situà en una posició intermèdia.

Considerant més específicament les puntuacions ítem a ítem a l'escala CT, hom constata una relativa dispersió de les puntuacions en el context d'una tendència general a valorar per sobre de la mitjana alguns ítems referents a característiques d'aquest entorn (seguretat i salut, instal·lacions i equipaments, entorn físic, serveis), així com determinats aspectes de les condicions contractuals (tipus i qualitat de contracte, estabilitat laboral). Pel contrari, també es sol valorar per sota de la mitjana de l'escala l'estructura d'oportunitats de desenvolupament professional a l'organització (formació rebuda, oportunitats de promoció professional, vies de participació, organització del treball), així com determinades condicions contractuals (temps de treball, remuneració rebuda, càrrega de treball, compatibilitat feina-família). Pel que fa a l'escala CSL, destaquen per damunt de la mitjana de l'escala les puntuacions donades als ítems *companyerisme*, suport per iguals, reconeixement per col·legues i per sota d'aquella mitjana les donades als d'igualtat i justícia percebuda (en contractació, promoció, etc.), a avaluació del rendiment professional per l'entitat i al recolzament per la direcció. La Taula 4 presenta les puntuacions mitjanes i desviacions estàndard que la mostra 2008 obté en tots els ítems.

Taula 3. Puntuació mitjana i desviació estàndard (DE) en les escales de condicions de treball i clima sociolaboral. Centres de la XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), Catalunya 2003-2008.

Període estudi, centre(s) participant(s) (enquestes)	Escala condicions de treball mitjana (DE)	Escala clima sociolaboral mitjana (DE)
2003, Hospital Central (n=130)	6,05 (1,42)	6,60 (1,54)
2006, 18 centres 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)

Taula 4. Puntuacions mitjanes i desviació estàndar (DE) en les ítems de les escales de condicions de treball i clima sociolaboral. Hospital Central, XHUP (Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública), Catalunya 2008.

Ítem	Mitjana	SD
<i>Escala de condicions de treball</i>		
Promoció professional	3,50	2,32
Càrrega de treball	3,53	2,24
Participació	3,56	2,38
Remuneració	4,15	2,22
Formació	4,34	2,27
Temps de treball	4,84	2,33
Entorn físic	5,00	2,21
Compatibilitat feina-família	5,02	2,61
Organització	5,15	2,29
Instal·lacions i equipaments	5,34	2,00
Salut i seguretat	5,64	1,92
Serveis	5,81	1,70
Tipus i qualitat del contracte	6,12	2,48
Estabilitat laboral	6,53	2,73
<i>Escala de clima sociolaboral</i>		
Igualtat i justícia	4,60	2,54
Avaluació del rendiment	4,93	2,29
Recolzament per càrrecs	5,31	2,48
Autonomia i iniciativa	5,64	2,22
Relacions amb direcció	5,78	2,39
Reconeixement per col·legues	6,36	2,01
Suport per iguals	6,61	2,01
Companyerisme	6,73	2,13

DISCUSSIÓ

Estudis sobre benestar i qualitat de vida¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸ donen per suposat que les puntuacions en una escala (per exemple, de 0 a 10) serveixen en general per indicar el grau de satisfacció absoluta d'un subjecte (individual o col·lectiu) respecte a un objecte, per comparar-lo amb la d'altres subjectes i per avaluar l'evolució d'aquesta satisfacció en el temps. Considerades des d'aquesta òptica, les respectives puntuacions donades a les escales CT i CSL per les mostres de les diverses categories de professionals que responen el qüestionari a cada període indiquen tres posicionaments compar-

tats per la majoria dels participants: un nivell de satisfacció moderada pel que fa a la qualitat de vida laboral a centres assistencials de salut catalans, una certa tendència a valorar a la baixa aquesta experiència i una percepció del caràcter emergent d'un aspecte preocupant de les condicions de treball: la pressió assistencial.

D'una anàlisi més detallada de les respostes a l'enquesta se'n deriva d'una banda una valoració relativament positiva d'aspectes materials i tècnics de les condicions de treball, així com de l'ambient social horitzontal configurat per les relacions interpersonals de treball entre col·legues. Però, en contrapartida, també comporta l'expressió de reserves a propòsit d'alguns criteris generals d'organització de la feina i una notable preocupació per la sobrecàrrega de treball i pel seu impacte en l'activitat professional i en la qualitat del servei.

Aquestes dades són congruents amb les que es desprenen de l'*Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya*¹², on queda constància, d'una part, de la visió crítica dels "professionals" sobre el biaix "economicista", "quantitativista" i "rendibilista" de les polítiques definides des d'una concepció gerencial i administrativa del "sistema" i, d'altra, de l'alta preocupació dels professionals per l'impacta negatiu de la "pressió assistencial" en el funcionament del mateix "sistema". També ho són amb les que proporciona l'avenç de resultats d'una investigació iberoamericana sobre el tema⁷. I pel que fa concretament a la percepció dels efectes perversos de la pressió assistencial com a factor de risc psicosocial, els resultats són concordants amb els que aporta la tradició de recerca sobre el *burnout* i sobre el terreny abonat que aquesta pandèmia troba en les professions de servei i especialment en l'àmbit sanitari¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²².

Aquesta nota dominant de la consideració de la pressió assistencial com un factor de deteriorament de la qualitat de vida en el treball s'inscriu en la línia del que constaten el tercer i el quart informes europeus sobre les *condicions de vida i de treball* a propòsit de la "intensificació" del treball²³⁻²⁴⁻²⁵. I també en la línia del que es ve constatat en altres estudis sobre *work pressure*²⁶, *work intensity*²⁷, *work intensification*²⁸⁻²⁹ i *attendance-pressure*³⁰.

Les dades obtingudes suggereixen que l'alt risc de desgast psicològic percebut i atribuït a la pressió assistencial ve parcialment compensat pel factor protector psicosocial del relativament bon clima sociolaboral que es respira en general als centres, a les divisions i dins els grups de treball. Però també donen a entendre que la capacitat de contenció d'aquest factor és limitada, ja que el personal reconeix i lamenta –en preguntes obertes plantejades en el mateix qüestionari i en entrevistes i sessions de grups focals fetes en el marc de la mateixa investigació general⁷– que la mateixa pressió assistencial no només li dificulta donar sovint el tractament adequat als pacients (cosa que limita el sentiment de "realització professional" i la consciència ètica de "fer bé" la feina), sinó que també li resta temps i oportunitats per a mantenir el caliu de les bones relacions amb col·legues; cosa que afebleix el potencial d'aquest factor protector. De manera que un augment de la pressió assistencial pot donar lloc a una espiral viciosa de desgast psicològic del personal i de deteriorament de la qualitat del servei i de l'excel·lència organitzacional.

Aquest fenomen de la pressió assistencial no és exclusiu de l'Hospital Central ni dels centres sanitaris catalans objecte del present estudi, sinó que forma part d'una tendència europea i global, especialment accentuada en l'àmbit sanitari, per raó de l'economia política de la salut³¹. Aquest encadenament a les regles del mercat³² (i a la seva lògica de l'eficiència, la productivitat, la competitivitat i la rendibilitat) representa, des de certa perspectiva, un risc per a la pròpia salut del professional³³ i una amenaça tan per a la qualitat de vida laboral del personal com per a l'efectivitat i l'eficiència del mateix sistema sanitari del país.

Entre les limitacions de l'estudi figura el caràcter eminentment descriptiu de la informació empírica que aporta i l'enfocament bàsicament exploratori en alguns dels camps estudiats. També ho són la desconsideració de l'impacta a mig i llarg termini de la pressió assistencial, la desatenció al factor grupal dels equips de treball i al seu paper en l'afrontament dels processos de pressió assistencial i la focalització de l'impacta merament laboral, desatenent la seva potencial extensió a la vida (personal, familiar, social) del personal treballador. També ho és el seu caràcter "local"; ja que la recerca s'ha circumscribit a 19 centres de salut dels entorns de Barcelona i de Girona pertanyents a la xarxa XHUP que, en el millor dels casos, poden ésser considerats representatius només dels del conjunt d'aquesta xarxa.

Els resultats d'aquest estudi abonen la tesi de que l'actual procés de reestructuració empresarial de l'assistència sanitària a escala global i local impacta no només en la organització del treball a centres de salut catalans, sinó també en la qualitat de la vida laboral del personal que hi treballa. Això implica la necessitat d'avaluar les polítiques empresarials implementades no només tenint en compte indicadors com els d'eficiència i productivitat, sinó també els potencials efectes psicosocials col·laterals de la pressió assistencial en el personal. Així mateix, cal considerar l'espiral viciosa que pot derivar d'un treball fet sota una pressió excessiva sobre la qualitat del servei prestat i, en darrer terme, sobre la del mateix sistema sanitari.

AGRAÏMENTS

A totes les persones treballadores dels 19 centres de salut avaluats, a les seves direccions i als seus delegats de prevenció.

BIBLIOGRAFIA

- Cooper CL, Robertson IT, editors. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Vol.19. Chichester: John Wiley & Sons; 2004.
- World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
- World Bank. *Las prioridades de la salud*. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento - Banco Mundial; 2006.
- Fort M, Mercer MA, Gish O. *Sickness & Wealth: The Corporate Assault on Global Health*. Cambridge Massachusetts: South End; 2005.
- Berridge V, Loughlin K. *Medicine, the Market & Mass Media: Producing Health in the 20th C*. New York: Routledge; 2004.
- 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: Ediuno; 2010 [en prensa].
- 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.
- Greenberg DS. *Science, Money and Politics: Political Triumph and Ethical Erosion*. Chicago: University of Chicago Press; 2003.
- Kassirer JP. *On the Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. New York: Oxford University Press; 2004.
- Bartlett D. L., Steele J. B. *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business and Bad Medicine*. New York: Doubleday; 2004.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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].
- 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].
- Abdallah S, Thompson S, Michaelson J, Marks N, Steuer N. *The Happy Planet Index 2.0*. London: New Economics Foundation; 2009.
- Walker SR, Rosser RM, editors. *Quality of Life: assessment and application*. Lancaster: MTP; 1988. p. 51-77.
- 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.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 397-422.
- 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.
- 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.
- Gil-Monte P, Moreno-Jiménez B, editors. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide; 2007.
- Paoli P, Merlié 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.
- 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.

Laboralia 2011

3 – 5 de mayo de 2011, Valencia

Información:

Feria Valencia- Laboralia, Avda. De las ferias s/n, 46035-Valencia –España.

Tel.: 902747330. Fax: 902747345

E-mail: laboralia@feriavalencia.com

<http://www.feriavalencia.com/laboralia>